



Rui Miguel Teixeira  
Gomes

## **Psicoeducação unifamiliar em famílias de pessoas com doença mental grave**

Intervenções de Enfermagem para a sistematização de diagnósticos e intervenções especializados em Saúde Mental

Relatório do Trabalho de Projeto apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, realizado sob a orientação científica do Mestre Lino Ramos

Dezembro de 2014



Rui Miguel Teixeira  
Gomes

## **Psicoeducação unifamiliar em famílias de pessoas com doença mental grave**

Intervenções de Enfermagem para a sistematização de diagnósticos e intervenções especializados em Saúde Mental

Relatório do Trabalho de Projeto apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, realizado sob a orientação científica do Mestre Lino Ramos

Dezembro de 2014

## AGRADECIMENTOS

À Ana, ao Dinis e ao Tejo,  
Aos meus pais e à minha irmã  
e a todas as famílias, fontes de inspiração.

## **RESUMO**

Este relatório de trabalho de projeto, surge no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Nele é integrado o Projecto de Intervenção em Serviço realizado em contexto de estágio num Serviço de Reabilitação de um Hospital Psiquiátrico de Lisboa. Realça-se o seu contributo para aquisição de competências para o grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

A doença mental grave (nomeadamente esquizofrenia) enquanto entidade incapacitante e limitativa na forma como interfere e condiciona o domínio do pensar, do sentir e do agir, assume proporções significativas na trajetória de vida da pessoa e respetiva família. Esta, enquanto sistema, vivencia várias fases adaptativas perante o facto de um dos seus membros sofrer de uma doença mental grave. Procura desenvolver estratégias e encontrar respostas e orientações perante a sua necessidade de suporte ou perante a sua falta de informação.

A revisão da literatura aponta para a psicoeducação unifamiliar enquanto estratégia terapêutica amplamente reconhecida pelos ganhos em saúde que gera, comportando-se como uma abordagem direcionada para as famílias de pessoas com esquizofrenia, a ser desenvolvida e implementada nos serviços de saúde mental.

A necessidade de se construírem e implementarem intervenções específicas de apoio às famílias de pessoas com esquizofrenia coloca em destaque o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, no que respeita ao seu perfil de competências específicas para a conceção, implementação e avaliação de um programa de psicoeducação unifamiliar.

São mobilizados os contributos do Modelo de Sistemas de Betty Neunam e da Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau, bem como a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem enquanto ferramenta dos Sistemas de Informação em Enfermagem para traduzir em diagnósticos e intervenções de enfermagem concretos esta abordagem tão específica.

Desta forma, pretende-se delimitar e aprofundar o campo de intervenção do Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

**Palavras –chave: Esquizofrenia, Família, Psicoeducação Unifamiliar, Enfermagem, CIPE, Saúde Mental**

## **ABSTRACT**

The report of the current project is part of the 2<sup>nd</sup> year of the Master in Health Science Nursing and Psychiatry, where it is included the Intervention Project in Service developed in the internship in a Rehabilitation Service of a Psychiatric Hospital in Lisbon. This was crucial to acquire the demanded competences for the Master in Health Science Nursing and Psychiatry.

Serious mental illness, namely schizophrenia, being incapacitating and restrictive in terms of the way in which interferes and limits thinking, feeling and acting, has significant proportions in the life of the person and of her/his family. The family, as a system, has different adaptive stages concerning the mental illness of one of its members. It tries to develop strategies, answers and guidelines, so they can support the member with the illness and so they can acquire more information about it.

The literature review emphasizes the single-family psychoeducation as a therapy, which is known by its advantages and also as an approach which is oriented for the family of patients. This therapy must also be developed and implemented in Mental Health Services.

The need for specific interventions to support the families of people with schizophrenia highlights the role of the Specialized Nurse in Mental Health Nursing, concerning the specific competencies for the conception, implementation and evaluation of a single-family psychoeducation program.

In the present work, the contributions of the Systems Model of Betty Neuman and the Interpersonal Relationships of Hildegrad Peplau, as well as the International Classification for the Nursing Practice are brought into the discussion, as a tool of the Information Systems in Nursing, in order to translate this specific approach into concrete nursing diagnosis and interventions.

In this sense, the goal is to delimit and to deepen the field of intervention of the Master in Health Science Nursing and Psychiatry.

**Key words: Schizophrenia, Family, Single-family Psychoeducation, Nursing, ICNP, Mental Health**

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AVD – Atividades de Vida diária

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPLEE – Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem

CPLESMP – Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica

DSM - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders)

ECTS – European Credit Transfer and Accumulation System

EE – Emoção Expressa

EEESM – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental

ESS/IPS – Escola Superior de Saúde/ Instituto Politécnico de Setúbal

ICN - International Council of Nurses (Conselho Internacional de Enfermeiros)

MESMP- Meste em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PCI – Prestador Informal de Cuidados

PG – Pós Graduação

PIR – Projeto Individual de Reabilitação

PIS – Projeto de Intervenção em Serviço

PNSM – Plano Nacional de Saúde Mental

RCEEEESM - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SIE – Sistema de Informação de Enfermagem

SWOT – Strengths Weaknesses Opportunities Threats (forças, fraquezas, oportunidades e ameaças)

TFC – Terapia Familiar Comportamental

## **ÍNDICE**

<b>INTRODUÇÃO</b>	9
<b>1- ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	13
1.1 ESQUIZOFRENIA	13
1.1.1 Hipóteses explicativas para o aparecimento da doença	14
1.1.2 Características clínicas	16
1.1.3 Modelo de vulnerabilidade-stress	18
1.2 FAMÍLIA	19
1.2.1 A família: um conceito em mudança	19
1.2.2 A família como sistema	21
1.2.3 A família e a doença	23
1.2.4 O significado que a família atribui à doença mental	24
1.2.5 O impacto emocional da doença mental na família	26
1.3 O DESENVOLVIMENTO DA RESPOSTA DA FAMÍLIA AO LONGO DO TEMPO	29
1.4 A IMPORTÂNCIA DA INTERVENÇÃO FAMILIAR	36
1.5 A PSICOEDUCAÇÃO EM FAMÍLIAS DE PESSOAS COM ESQUIZOFRENIA	38
1.6 A RELAÇÃO DE AJUDA	46
1.7 UMA APROXIMAÇÃO À ENFERMAGEM	48
1.7.1 Modelo de Sistemas de Betty Neuman	49
1.7.2 Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau	53
1.7.3 Sistemas de Informação de Enfermagem enquanto instrumento	56

<b>2 – PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO</b>	59
3.1 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	60
3.1.1 Área de intervenção	60
3.1.2 Definição geral do problema e sua análise	62
3.2 PLANEAMENTO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO	64
3.2.1 Objetivos	65
3.2.2 Estrutura do Programa	66
3.2.3 Indicadores de avaliação	69
3.2.4 Previsão de constrangimentos e forma de os ultrapassar	76
3.2.5 Previsão da metodologia	77
3.2.6 Previsão da avaliação do projeto	77
<b>3 – COMPETÊNCIAS</b>	82
3.1 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL	82
3.2 COMPETÊNCIAS DO MESTRE EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA	92
<b>4 – CONCLUSÃO</b>	103
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	106
Apêndice - Artigo: PSICOEDUCAÇÃO COMO INTERVENÇÃO PROMOTORA DA SAÚDE MENTAL EM FAMÍLIAS DE PESSOAS COM DOENÇA MENTAL GRAVE	118



# INTRODUÇÃO

O presente relatório foi elaborado no âmbito do II Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Foi desenvolvido a partir da realização de um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) que decorreu em contexto de estágio numa estrutura de internamento de Reabilitação Psicossocial de uma instituição psiquiátrica da região de Lisboa. O presente trabalho pretende dar cumprimento ao requisito de 7 ECTS para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem. Para tal, iremos descrever o trabalho realizado no PIS (realizado para obtenção do título de especialista), nas etapas de diagnóstico de situação e planeamento.

Segundo o Relatório de Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2014) Portugal é o país da Europa com a segunda maior prevalência de doenças mentais na população. Já no Plano Nacional para a Saúde Mental 2007-2016, a Coordenação Nacional para a Saúde Mental aponta que os estudos epidemiológicos mais recentes demonstraram que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental se tornaram a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade, nas sociedades atuais.

A perturbação mental afeta o indivíduo no seu todo, em todas as suas dimensões, biológica, psicológica, espiritual e social, repercutindo-se na unidade familiar e nos padrões de interação estabelecidos (Moreira, 2001 cit. por Dinis; Rodrigues Ferreira; Carvalho, 2014).

A OE (2012) refere no REPE a enfermagem como “profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”. Reconhecemos, desta forma, que os enfermeiros têm um papel fundamental na reabilitação das pessoas com perturbações psiquiátricas, famílias incluídas, sendo que, para tal, e defendido no PNSM 2007-2016, é necessária uma maior sensibilização nesta área.

Os serviços de Saúde Mental deveriam disponibilizar aos familiares do doente com esquizofrenia, um conjunto de informações sobre a doença e como lidar com ela, assim como esta informação/formação deveria ser articulada com os diferentes profissionais de saúde. Esta pode ser muito relevante para a melhoria da adesão ao regime terapêutico instituído (Carvalho, 2012).

A psicoeducação enquanto estratégia utilizada, é uma prática clínica que se poderá definir como informação sistematizada, estruturada e didática relativa à doença e ao seu tratamento, indo de encontro aos objectivos e valores da reabilitação psicossocial (Rummel-Kluge, Pitschel-Walz, Bauml e Kissling, 2006).

Brito (2011) refere que os conhecimentos recentes acerca dos mecanismos etiológicos da doença mostram que, para além do tratamento farmacológico, são determinantes (na forma como a doença evolui e no nível de recuperação social que é alcançado): o ambiente em que a pessoa com esquizofrenia vive, e o tipo de estimulação que recebe. Este motivo veio conferir nas últimas décadas a importância do envolvimento ativo da pessoa doente e dos seus familiares no processo de tratamento, através da implementação de intervenções psicoeducativas familiares, que se têm mostrado muito eficazes na prevenção das recaídas e dos reinternamentos, ao mesmo tempo contribuindo para melhorar a recuperação das pessoas com esquizofrenia, e para preservar a saúde física e mental dos seus familiares e a qualidade de vida dos mesmos (Falloon et al., 1987; Herz e Lamberti, 1995; McFarlane et al., 1995, 2003; APA, 2004; Gonçalves-Pereira et al., 2007 cit por Brito, 2011).

Consideramos que a realização efetiva de intervenções psicoeducativas enquanto intervenções autónomas de Enfermagem, por parte do EEESM, implica a necessidade de se explorar a temática em causa, nomeadamente as questões relacionadas com a definição de uma orientação que conduza ao levantamento de diagnósticos de Enfermagem elaborados de acordo com a linguagem classificada da CIPE. Assim, poderá tornar-se possível obter indicadores de resultado em Enfermagem mais positivos, em particular ao nível das “Modificações positivas no estado dos diagnósticos de enfermagem (reais)” (OE, 2007), sendo este facto de extrema importância considerando o momento atual, em que o Ministério da Saúde do Governo de Portugal tem vindo a considerar os indicadores em Saúde como uma prioridade estratégica para o futuro do Serviço Nacional de Saúde (Sampaio; Sequeira; Lluch-Canut, 2014).

Como objetivo geral do presente relatório pretende-se:

- Relatar o trabalho desenvolvido realizado no âmbito da psicoeducação unifamiliar em famílias de pessoas com esquizofrenia;

Associados ao objetivo geral, podemos elencar os seguintes objetivos específicos:

- Apresentar os conteúdos teóricos que serviram de suporte ao trabalho;
- Descrever o PIS;

- Analisar as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e do Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

Reconhecemos que existe uma preocupação crescente por parte das entidades governamentais em criar novas respostas em saúde mental. O paradigma da reabilitação psicossocial possibilita assistência e suporte mais integrados e disponibiliza intervenções psicossociais necessárias ao aumento do nível de autonomia, funcionamento psicossocial e qualidade de vida de das pessoas com doença mental (Marques, 2007). Por outro lado, a perspetiva do estado português ao estabelecer a saúde mental como uma das prioridades sociais (tendo decretado a criação de novas respostas de cuidados continuados integrados de saúde mental com vista à prestação de apoio psicossocial, ao reforço de competências, à reabilitação, recuperação e integração social das pessoas com incapacidade psicossocial, bem como à promoção e reforço das capacidades das famílias que lidam com estas situações, pelo Decreto Lei nº8/10 de 28 de janeiro de 2010), vem evidenciar a necessidade de se incidirem esforços na identificação dos focos de atenção, a definição dos diagnósticos de enfermagem e consequentes intervenções autónomas de enfermagem, na perspectiva que Carvalho (2012a) designa de “ferramentas mais importantes para a enfermagem enquanto profissão”.

Brito (2011) aponta que em Portugal, na área das intervenções psicoeducativas familiares apenas se encontraram estudos e experiências pontuais de aplicação do modelo de intervenções psicoeducativas para famílias individuais (Magliano et al., 2000, 2005; Gonçalves-Pereira et al., 2006, 2007), bem como de programas apenas dirigidos aos familiares ou de cariz basicamente informativo e de curta duração (Coelho et al, 2004).

Deste Trabalho de Projeto emergem, a montante, o enquadramento teórico do relatório, bem como, a jusante, a análise do perfil de competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e as competências do Mestre em Enfermagem de Saúde Mental.

Assim, este Trabalho de Projeto centrado na psicoeducação a famílias de pessoas com esquizofrenia, encontra-se dividido em quatro capítulos:

- Enquadramento teórico – a esquizofrenia, (hipóteses explicativas para o aparecimento da doença, características clínicas, modelo de vulnerabilidade-stress), a família (a família: um conceito em mudança, a família como sistema, a família e a doença, o significado que a família atribui à doença mental, impacto emocional da doença mental na família), o

desenvolvimento da resposta da família ao longo do tempo, a importância da intervenção familiar, a psicoeducação em famílias de pessoas com esquizofrenia, a Relação de Ajuda, uma aproximação à Enfermagem (Modelo de Sistemas de Betty Neunan, Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau, Sistemas de Informação de Enfermagem enquanto instrumento);

- PIS – diagnóstico de situação (área de intervenção, definição geral do problema e sua análise), planeamento (objetivos, estrutura do programa, indicadores de avaliação, previsão de constrangimentos e forma de os ultrapassar, previsão da metodologia, previsão da avaliação do projeto);
- Competências - Competências específicas do EEESM e Competências do Mestre em Enfermagem em Saúde Mental Psiquiatria;
- Conclusão.

# 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

## 1.1. ESQUIZOFRENIA

A doença mental apresenta uma prevalência crescente em todo o mundo, configurando-se como uma entidade etiopatogénica conhecida pela sua tendencial evolução prolongada, complexidade e pelos seus altos índices de comorbilidade. Reconhece-se que é uma das principais causas de incapacidade e um dos principais factores geradores de níveis baixos de qualidade de vida dos portadores e dos seus familiares (OMS, 2001).

A esquizofrenia é uma doença mental que, dadas as suas características, e também por se iniciar habitualmente em idades jovens, resulta em alterações importantes no funcionamento social das pessoas, comprometendo o seu normal processo de construção pessoal, formação profissional e autonomização (Brito, 2011).

Atinge cerca de 1% da população, encontrando-se se em todas as culturas, e distribuindo-se igualmente por todos os estratos sócio-económicos (Afonso, 2002). A sua incidência e prevalência são basicamente as mesmas em qualquer parte do mundo (Kaplan & Sadock, 2007). Manifesta-se geralmente durante o final da adolescência, mais precisamente entre o final da segunda década de vida e meados da quarta (APA, 2011; Kaplan & Sadock; 2007).

É considerada a doença mental mais incapacitante (Marques-Teixeira et al, 2006). A pessoa com esquizofrenia pode apresentar alterações em diferentes componentes que interferem em áreas da vida tão importantes como a tomada de decisão (insight), o discernimento, a lógica, o planeamento, a capacidade de implementar as decisões e o pensamento abstrato.

Hoje em dia, existe a perspetiva centrada nos sintomas positivos e negativos (APA, 2002; Afonso, 2002; Cardoso, 2002; Sadock & Sadock, 2008). Enquanto os sintomas positivos da esquizofrenia são, muitas vezes, exuberantes e atraem a atenção, os sintomas negativos tendem a prejudicar a capacidade da pessoa em levar uma vida quotidiana normal, impedindo-a de manter relacionamentos familiares “normais”, uma correcta frequência na escola, de manter um emprego ou de formar amizades e relacionamentos mais íntimos (Carvalho, 2012b).

Brito (2011) refere que surgiram entretanto diversas designações e diagnósticos relacionados com a esquizofrenia, que nas últimas décadas foram sendo desenvolvidos e revistos nas classificações a nível internacional, com especial destaque para o capítulo V da 9ª edição da Classificação Internacional das Doenças, publicado em 1979, da responsabilidade da OMS. Seguiram-se os critérios de diagnóstico definidos pela American Psychiatric Association nas várias publicações de DSM-III, DSM-IV.

### **1.1.1. HIPÓTESES EXPLICATIVAS PARA O APARECIMENTO DA DOENÇA**

Existe uma ampla variedade de hipóteses explicativas para o aparecimento da esquizofrenia. Algumas delas são hipóteses genéticas, virais, associadas aos neurotransmissores, relacionadas com o neurodesenvolvimento, ou mesmo familiares. Importa realçar que nenhuma delas individualmente consegue dar uma resposta inequívoca às dúvidas que ainda subsistem sobre as possíveis causas da doença, reforçando assim uma provável etiologia multifatorial da esquizofrenia (Afonso, 2002).

Também Matos, Bragança & Sousa (2003) referem que durante muitos anos se procurou a explicação monofatorial da esquizofrenia mas que atualmente se enfatiza a importância explicativa multifatorial para uma patologia tão complexa como a esquizofrenia. Esta rutura com a conceção tradicional da etiopatogenia remete para o conceito de vulnerabilidade biológica, psicológica e social, intervindo de forma diversa e que, quando sujeitas a factores de *stress* de ordem biológica ou ambiental, desencadeiam a doença. Assim, estes múltiplos factores etiológicos, complementam-se entre si, visto que o seu valor individual é reduzido.

Género e idade - A esquizofrenia é uma doença perturbadora, que alarma a família em que algum dos membros aparece afetado e atinge qualquer tipo de indivíduo, independentemente do sexo, estrato social ou quociente de inteligência (Afonso, 2002).

Embora pessoas de ambos os sexos sejam afetadas, nos homens a esquizofrenia surge numa idade mais precoce que nas mulheres, atingindo um pico entre os 15 e os 25 anos, enquanto nestas o pico ocorre entre os 25 e os 35 anos. Para além deste início mais tardio, as mulheres tendem a manifestar mais sintomas afetivos dominantes e melhor prognóstico.

Durante muito tempo foi aceite que os homens e as mulheres eram afetados em número praticamente igual. Contudo, estudos recentes baseados em populações hospitalares sugerem uma percentagem elevada da doença nos homens, enquanto estudos realizados na comunidade apontam para uma igual incidência nos dois sexos (APA, 2011).

Factores socioculturais e biopsicossociais - Sociologicamente e segundo Bastide (1958), o *normal* é o que está conforme a *norma*. Mas como cada civilização tem o seu próprio sistema de normas, o que é *normal* numa civilização, poderá ser considerado patológico numa outra. Algumas ideias que possam parecer bizarras ou delirantes numa determinada cultura podem ser, indubitavelmente, aceites noutra (APA, 2011).

Estes e outros aspetos, tais como a barreira linguística e as diferentes formas de expressão emocional e corporal que variam consoante a esfera cultural devem ser tidos em conta quando se avaliam os sintomas de um indivíduo com esquizofrenia, para uma melhor compreensão do seu contexto e evolução da doença.

De acordo com Kaplan & Sadock (2008), os números relativos à incidência são similares em populações urbanas e rurais, mas a prevalência da esquizofrenia é mais alta entre populações urbanas e de menor poder socioeconómico.

Já para Dalery & d'Amato (2001) há um outro conjunto de fatores sociodemográficos que se considera que agravam o risco e/ou prognóstico da doença, entre os quais o celibato, um pequeno número de experiências profissionais, o domicílio em locais socialmente desfavorecidos, a imigração recente e a pobreza em geral, sendo este todo particularmente sensível nos pacientes do sexo masculino.

Os acontecimentos de vida stressantes podem precipitar o aparecimento da doença tal como um grau muito elevado de exigências sociais, especialmente quando associados a uma vulnerabilidade já existente, característica das pessoas com esquizofrenia.

Segundo Dalery & d'Amato (2001), os estudos epidemiológicos não chegam a demonstrar formalmente o papel etiológico dos factores psicossociais na esquizofrenia, mas afetam igualmente a evolução e a intensidade da doença e, naturalmente, também a qualidade de vida dos pacientes.

Giacon & Galera (2006) referem que a esquizofrenia pode derivar de vários factores biopsicossociais, que podem despoletar ou não o seu aparecimento. Os fatores biológicos estão associados à genética dos indivíduos, às lesões ou anormalidades ocorridas nas estruturas

cerebrais e deficiência em neurotransmissores. Os fatores psicossociais estão ligados aos indivíduos através da componente psicológica e através da interação com o meio (ambiente social), podendo despoletar o aparecimento da perturbação.

Hipóteses genéticas —De acordo com o DSM-IV (APA, 2011) os parentes biológicos em primeiro grau dos sujeitos com esquizofrenia têm um risco de doença dez vezes maior que a população em geral. Dalery & d'Amato (2001) corroboram esta hipótese, afirmando que o risco de recorrência da doença varia em função do grau de parentesco.

Estudos mostram que, por exemplo, a concordância entre gémeos monozigóticos para a esquizofrenia é de cerca de 33% a 78% e de dizigóticos de apenas 8% a 28% (Kaplan & Sadock, 2008)

Os mesmos autores concluem que, apesar de ser evidente a contribuição genética para a etiologia da esquizofrenia, ainda não são evidentes quais os genes específicos nesta transmissão. Contudo, a investigação genética é altamente promissora, já que existem evidências inequívocas de uma contribuição genética para algumas formas da doença, através de um conhecimento científico e de técnicas que se estão a desenvolver rapidamente.

### **1.1.2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS**

A importância de um diagnóstico objetivo correto é fundamental para o planeamento dos cuidados individuais e para a escolha do tratamento apropriado, sendo o ponto de partida para qualquer intervenção (OMS, 2001).

A esquizofrenia é uma entidade clínica complexa, pois não há uma definição que possa englobar as manifestações de todas as pessoas que dela sofrem.

Cardoso (2002: 113), aponta, no entanto, que a esquizofrenia *“é um termo usado para designar um grupo de doenças cuja etiologia é desconhecida, apresentando sintomas mentais característicos que levam à fragmentação da personalidade”*.

O diagnóstico de esquizofrenia tem que ser feito numa perspectiva longitudinal, visto que não há exames laboratoriais que possam detectar um agente infeccioso, como no caso de outras doenças orgânicas. Terão que ser excluídas outras doenças ou condições que possam produzir sintomas psicóticos semelhantes (são exemplos disto algumas doenças neurológicas, infecciosas e tóxicas) (Afonso, 2002).



Kaplan & Sadock (2008) consideram que existem três fases gerais no curso da esquizofrenia: o início, a fase intermediária e a evolução a longo prazo.

O início pode ser insidioso ou agudo. No primeiro caso, o que frequentemente sucede em cerca de metade dos doentes, os sinais mais precoces de desenvolvimento da doença ocorrem muitos anos antes das manifestações mais óbvias da psicose. No segundo caso, o início dos sintomas psicóticos marca um desvio agudo no desenvolvimento da pessoa.

Na segunda fase existem dois padrões típicos. Um é a presença contínua do processo psicótico, com certa diminuição na severidade dos sinais/sintomas mas no qual a pessoa jamais atinge uma recuperação completa. O outro é um padrão episódico de manifestações psicóticas procedidas de uma recuperação completa.

Relativamente à terceira fase, muitas vezes a intensidade da psicose tende a diminuir com a idade e muitas pessoas readquirem algumas competências sociais e ocupacionais anteriormente perdidas.

Podemos depreender que o cariz relativo desta doença tem muitas repercussões no percurso da pessoa e da sua família, uma vez que este é, de certa forma, imprevisível, provocando instabilidade no seio familiar. Por outro lado, a cronicidade e o tratamento da doença podem torná-la menos perturbadora.

De acordo com o DSM-IV (APA, 2011), os sintomas característicos da esquizofrenia podem ser divididos em dois grandes grupos, a sintomatologia positiva e a sintomatologia negativa.

A negativa aparece numa fase inicial e reflete um estado deficitário ao nível da motivação, das emoções, do discurso, do pensamento e das relações interpessoais.

Inclui restrições no conjunto e intensidade de expressões emocionais (embotamento afetivo), na fluência e produtividade de pensamento e discurso (alogia) e na iniciação de um comportamento dirigido com objetivo (avolição), refletindo uma diminuição ou perda de funções normais.

Antagonicamente, a sintomatologia positiva reflete um excesso e distorção de funções normais e é mais visível na fase aguda da doença. Estes sintomas incluem distorções ou exageros do pensamento indutivo (ideias delirantes), da percepção (alucinações), da linguagem e comunicação (discurso desorganizado) e comportamento (sendo este marcadamente desorganizado ou catatónico).

Geralmente, esta sintomatologia é acompanhada por uma disfunção social e ocupacional, em que por um determinado período de tempo, há uma marcada incapacidade para atingir um certo nível (que numa fase anterior à perturbação o sujeito conseguiria atingir) numa área *major* de funcionamento, tal como o trabalho, o relacionamento interpessoal ou o autocuidado.

O facto da esquizofrenia estar associada a um conjunto de sintomatologia positiva e negativa e a limitações funcionais, obriga a que os familiares tenham que lidar com a pessoa em diferentes situações, que podem ser consequência dos sintomas negativos (apatia, falta de motivação e de auto cuidado), e/ou dos sintomas positivos (alucinações, delírios, discurso desorganizado e comportamento bizarro), e também com limitações funcionais, que podem ocorrer em vários domínios - cognitivo, emocional, comportamental, interpessoal e ocupacional.

### **1.1.3. MODELO DE VULNERABILIDADE-STRESS**

O modelo de vulnerabilidade ao stress (Zubin & Spring, 1977, cit. por Townsend, 2002) refere-se à explicação do aparecimento da doença psicótica, bem como das suas recaídas.

O grau de vulnerabilidade que o indivíduo sente em resposta aos elementos stressores do meio está relacionado com um conjunto de múltiplos fatores, como por exemplo o estado de saúde no momento, motivação, maturidade e estrutura psíquica, duração e gravidade do fator stressante, recursos financeiros e educacionais, idade, estratégias adaptativas existentes e rede de suporte social (Townsend, 2002).

Este modelo sustenta que alguns agentes de stress podem desencadear a manifestação de sintomatologia da esquizofrenia em pessoas que têm uma maior predisposição de índole biológica. A abordagem baseia-se numa estrutura abrangente que inclui as interações no contexto cultural e as contínuas interações dialéticas entre o indivíduo vulnerável e o seu meio.

Assim, de acordo com o conceito de vulnerabilidade, a esquizofrenia não aparece subitamente na vida da pessoa, sendo antes precedida e facilitada por determinados fatores psicológicos e biológicos necessários ao seu desenvolvimento (Silva, 2006).

Segundo este modelo, algumas pessoas apresentam disfunções determinadas geneticamente, capazes de as tornar propensas a desenvolver sintomas psicóticos em certas condições de tensão ambiental (Nuechtertein, 1994, cit por Silva, 2006). Esses elementos são chamados de marcadores

neurobiológicos de vulnerabilidade que correspondem às características e traços que refletem anomalias implicadas no desenvolvimento da doença, que podem igualmente ser perscrutadas e identificadas nos familiares geneticamente próximos das pessoas com esquizofrenia (Silva, 2006). Desta forma, o património genético é assumido como um fator indispensável e sobre o qual os factores ambientais desempenhariam ou não um papel essencial para o desenvolvimento da psicose esquizofrénica (Silva, 2006).

Neste modelo, a esquizofrenia é apresentada como uma doença de grande complexidade etiológica em que os fatores genéticos, psicológicos, sociais e familiares, no seu conjunto, geram o primeiro surto psicótico que afetará a maioria dos domínios da funcionalidade da pessoa.

## **1.2 FAMÍLIA**

Consideramos essencial que os enfermeiros desenvolvam a sensibilidade necessária para incluir os familiares nos cuidados prestados, mas partir do pressuposto de que todos os familiares estão preparados para o fazer, de uma forma profunda, poderá não ser o ponto de partida mais adequado para acompanhar e poder apoiar familiares que estejam a vivenciar e a lidar com este tipo de problemática. Torna-se crucial repensar que instrumentos temos para capacitar a pessoa doente e a sua família para desenvolverem estratégias de *coping* eficazes que permitam uma melhoria do seu bem-estar e qualidade de vida. É vital compreender a família no seu todo, qual a sua importância para o indivíduo no particular e para a sociedade no geral e qual a sua influência na definição dos comportamentos de saúde/doença.

### **1.2.1. A FAMÍLIA: UM CONCEITO EM MUDANÇA**

O conceito de família (que provem do latim *famulus*) tem vindo a sofrer modificações de acordo com as transformações dos modos de produção social, registando-se variações culturais dentro do mesmo modo de produção e na mesma época histórica, subjacentes às interferências dadas pelas diferentes culturas que compõem a formação social considerada (Engels, 1984).

A noção de família tem vindo, assim, a alterar-se ao longo dos tempos. No passado havia uma coexistência de formas familiares, desde a alargada à nuclear. A família alargada, pode ser definida como um grupo de três ou mais gerações, (que inclui avós, irmãos e os respectivos conjuges, tios, sobrinhos...), que partilham a mesma casa, ou vivem próximo uns dos outros. A família nuclear consiste em dois adultos de sexo diferente, vivendo juntos num mesmo agregado, com os seus filhos próprios ou adotados (Giddens, 2000; Stanhope & Lancaster, 1999).

A definição proposta pela OMS (1994) amplia o conceito de família ao afirmar que “ *o conceito de família não pode ser limitado a laços de sangue, casamento, parceria sexual ou adoção. Qualquer grupo cujas relações estejam baseadas na confiança, suporte mútuo e um destino comum, deve ser encarado como família*” (cit por Oliveira, 2002: 22).

De acordo com Segalen (1999) a família é uma instituição em contínua mutação. E cada época ou período histórico conhece as suas formas familiares em que as forças económicas, sociais e culturais comuns produzem sociedade e família, sem que nenhuma delas seja o resultado da outra. Contrapondo-se às teorias Parsonianas, que referiam que a família é uma instituição passiva, que sofre as consequências de uma mudança social e económica que se situa fora dela, a autora supracitada revela a capacidade da família nos processos de resistência e até de ação.

A família enquanto instituição, resiste e permanece atuante nos nossos dias, assumindo novas configurações e também novos papéis e estabelecendo dentro de si e com a sociedade, relações que devem ser analisadas à luz da evolução da estrutura social.

Na sociedade atual, a visão da família como uma unidade íntegra tornou-se mais transitória, devido a mudanças na estrutura familiar, nas suas dimensões e nos estadios de desenvolvimento. Por exemplo, é comum uma família ser constituída por apenas um dos pais, que cria um ou mais filhos - famílias monoparentais - , ou famílias em que pelo menos um dos adultos é padrasto ou madrasta, podendo o casal ter filhos após o casamento – família reconstruída (Gameiro, 2000).

É na família, ou no âmbito da mesma, que o homem se educa, que desenha o seu perfil numa relação interpessoal, que aprende a estar na comunidade e a construí-la.

Consideramos, pois, que a pessoa na família integra uma dinâmica interacional múltipla e muito rica de significados, sendo autodeterminado e com escolhas referentes ao seu itinerário de vida. A sua história de vida é influenciada e influencia a estrutura, nos papéis e ligações afetivas alicerçadas na família. O conceito de família aparece assim numa lógica que transcende a soma de todos os elementos que a constituem, dando lugar a uma unidade dinâmica.

Importa ainda referir que, ao longo da história, o conceito da família tem sido perspectivado pela sociedade como ambivalente e contraditório. A par das imagens de família refúgio, lugar de intimidade, solidariedade e privacidade, juntam-se as imagens da família como lugar de conflitos, opressão, egoísmo e violência. Uma vez que as famílias ou as relações de parentesco fazem parte da realidade de toda a gente, parece lógico que a vida familiar abranja toda a gama de experiências emocionais, podendo as relações familiares ser calorosas e gratificantes como estar impregnadas de tensões que provocam nas pessoas sentimentos de ansiedade e de culpa (Giddens, 2000; Saraceno, 2003).

Como diz Alarcão (2006) a família contém em si o espaço para as vivências de relações afetivas profundas. Estas vão desde a filiação à fraternidade, do amor à sexualidade, entre emoções e afetos positivos e negativos que, na sua elaboração, vão dando corpo ao sentimento de sermos quem somos e de pertencermos àquela e não a outra qualquer família.

### **1.2.2. A FAMÍLIA COMO SISTEMA**

Apesar das diferentes definições de família, e dos diferentes aspetos tidos em conta na definição deste conceito, a família pode ser compreendida como um sistema. Tal como qualquer outro sistema, ela é composta por objetos e respetivas relações, contém sub-sistemas e está contida noutros sistemas ou supra-sistemas que se interligam de uma forma hierarquicamente organizada, possuindo limites que a distinguem do meio em que se insere. O que define e delimita os sistemas e sub-sistemas são os papéis, funções e estatutos ocupados pelos elementos da família (Alarcão, 2006).

As teorias que analisam a família como um sistema proporcionam uma base para a compreensão do impacto da doença de um dos seus membros no funcionamento da mesma.

Nestas teorias, as famílias são descritas como unidades compostas por membros cujos padrões de interação são o foco de atenção e a família é vista como um todo, com fronteiras que são afetadas e penetradas pelo ambiente externo. Estas interações são orientadas no sentido de um equilíbrio dinâmico entre a sua tendência para a homeostase (coesão familiar) e a sua tendência à transformação (individualização dos seus membros) (Minuchin, 1979).

No sistema familiar, cada um dos membros correlaciona-se e interage com todos os outros, e o contexto social e cultural vão influenciar a definição do diagrama construtivo da família nas

expetativas, na definição das suas funções e na distribuição dos papéis e mesmo em contextos idênticos, cada família apresenta características peculiares, bem como diversos graus de desenvolvimento e funcionamento (OE, 2002).

Ainda de acordo com a OE (2002), a família configura-se como um grupo orientado por valores, um sistema privado com atributos únicos, diferentes na sua estrutura e enquadramento cultural, apresentando uma historicidade: existe ao longo do tempo e ao longo dos tempos e é influenciada por contextos sociais e culturais.

A família assume-se assim como uma unidade que representa um conjunto de elementos nas relações entre si e entre os seus atributos/comportamentos e o meio natural para o crescimento e bem-estar de todos os seus elementos. Desta forma, constitui-se como a principal matriz que suporta e sustenta os seus elementos, veiculando os seus próprios conceitos de saúde e doença (Stanhope e Lancaster, 1999), realçando que, tal como refere a OMS, a unidade familiar é o contexto primário em que poderá ter lugar a atividade de promoção de saúde, onde se desenvolvem as crenças e comportamentos relacionados com a saúde, que grande parte dos sistemas de stress estão relacionados com acontecimentos da vida familiar, mas esta também é a primeira e principal fonte de suporte emocional.

Collière (1999) afirma que a unidade familiar presta os cuidados quotidianos e habituais ligados às funções de manutenção e de continuidade da vida – cuidados não somente relacionados com a doença, mas com a realização das atividades de vida.

A doença de um dos membros influencia, desta forma, a saúde e relações familiares. Estas alterações, podem conduzir a reconfigurações dos papéis familiares, alterando a dinâmica familiar. São várias as tensões que os membros da família podem sofrer, em consequência de responsabilidades acrescidas ou alteradas. O papel de cada um dos membros da família pode ter que ser radicalmente alterado. Pode haver necessidade de se iniciarem em novas aptidões, ou constatar que o acréscimo de responsabilidades, pela prestação de cuidados, deixa menos tempo para levar a cabo outras responsabilidades inerentes.

A compreensão da família como um sistema pressupõe uma consideração acerca do seu ciclo de vida, pois, ao enquadrarmos o momento em que a doença ocorreu no processo de desenvolvimento familiar, vamos aumentar a profundidade com que perspetivamos as necessidades e recursos familiares.

Carter & McGoldrick (1995) referem que vários autores dividiram o ciclo de vida em diferentes números de estágios (Rodgers, 1960; Hill, 1970; Solomon, 1973; Duvall, 1977) mas consideram que a análise mais amplamente aceite é a de Duvall que separou o ciclo familiar em oito estágios, todos referentes aos eventos nodais relacionados com as idas e vindas dos membros da família: o casamento, o nascimento e educação dos filhos, a saída dos filhos do lar, fase de reforma laboral e morte. Consideram que não há um ciclo de vida “normal”, devido às constantes mudanças nos padrões familiares, o que vai enfatizar a ideia de que temos que considerar cada família e seu ciclo de vida como únicos. Nos modelos de ciclo de vida familiar, os eventos - marco (por exemplo, casamento, nascimento do primeiro filho, último filho que sai de casa) anunciam a transição de um estágio para o seguinte.

Segundo as mesmas autoras, o stress familiar é geralmente maior nos pontos de transição de um estágio para o outro no processo de desenvolvimento familiar e frequentemente cria ruturas neste ciclo.

Concebendo que a esquizofrenia é uma doença crónica, podemos, conjuntamente com o ciclo de vida familiar considerar o ciclo de vida da doença, que se reveste de grande importância para o processo de cuidados, permitindo examinar a relação entre a dinâmica familiar e a doença crónica.

### **1.2.3. A FAMÍLIA E A DOENÇA**

Tipologicamente, existem quatro fases no ciclo de vida da doença: o início, o curso, as consequências e a incapacitação.

O início pode ser agudo ou gradual, em que no primeiro caso é exigido à família uma rápida mobilização da capacidade de administrar a crise (Carter & McGoldrick, 1995), o que pode causar uma maior tensão e um stress intenso na família, à medida que tentam lidar com um acontecimento inesperado.

No caso de ser gradual, permite um período de reajustamento mais prolongado mas pode causar dificuldades aos familiares de reconhecer a doença (Marsh, 1998).

A mesma autora refere que, relativamente ao curso da doença, este é muito variável e caracterizado por períodos alternados de recaída e remissão bem como da existência de limitações funcionais persistentes.

Respondendo ao curso imprevisível da doença mental, os familiares têm que lidar com as crises recorrentes, transições, evoluções e recuos e com as sensações de incerteza e exaustão, criando uma conjuntura que causa grande impacto na família.

Embora as famílias possam retornar a períodos de funcionamento relativamente normal, o espectro da recorrência pode levá-los a manter-se numa estrutura de crise.

Relativamente às consequências, existe uma grande variabilidade, existindo diferentes potenciais para uma recuperação completa, parcial ou nula, o que associado à imprevisibilidade da doença provoca muitas vezes nos familiares a sensação de estarem numa espécie de limbo.

Os diferentes tipos de incapacitação implicam diferentes tipos de ajustamento numa família (Carter & McGoldrick, 1995), e segundo Marsh (1998), o efeito global da incapacidade resulta em função da natureza e extensão dos *handicaps* e da estrutura, flexibilidade e recursos da família.

Para ajudar a família a enfrentar as diversas crises, naturais ou não, que atravessa durante o seu ciclo vital é importante basearmo-nos no pressuposto de que as famílias estão em desenvolvimento, têm capacidade de crescimento e de mudança no sentido positivo. Esta visão da família torna-se uma mais valia no sentido em que esta é perspectivada no seu potencial de saúde e com um conjunto de forças, recursos e capacidades, que devem ser estimulados e desenvolvidos.

Consideramos, pois, que os diversos tipos de suporte, quando realçam as potencialidades dos indivíduos e das famílias e não os seus *défices*, ao se focalizarem nos potenciais de saúde, poderão contribuir para a diminuição das suas dificuldades.

#### **1.2.4. O SIGNIFICADO QUE A FAMÍLIA ATRIBUI À DOENÇA MENTAL**

Hatfield & Lefley (1987) consideram que o significado que a família atribui à doença e a forma como esta a afeta depende essencialmente de três aspectos: o local onde a pessoa doente vive e a quem está inculcida a responsabilidade por lhe prestar cuidados, o significado da doença para a família e, especialmente, a forma como esse significado é influenciado pelas teorias etiológicas predominantes e o grau de compreensão, compaixão e suporte oferecido pela comunidade.

Segundo Terkelsen (1987), o aparecimento da doença é invariavelmente desastroso para toda a família, um “desastre” em que todos são vítimas do acontecimento e das suas sequelas, todos sem exceção são afectados, na sua forma de estar, atitudes e sentimentos.



Apesar de cada família ser única e ter uma resposta própria às dificuldades que vão surgindo durante o seu ciclo de vida, há um certo padrão, não só no impacto que a doença provoca na família, como também na forma como esta desenvolve estratégias e mecanismos de coping ao longo de todo o processo de adaptação à nova realidade.

De acordo com Atkinson & Coia (1995), estas respostas refletir-se-ão numa atitude que, indiretamente, é também influenciada por um sistema de crenças que, em parte, deriva da cultura popular e, numa visão mais lata, da postura da sociedade face à doença mental, denotando-se geralmente, uma consonância entre as crenças dos familiares e as da população em geral.

As pessoas em situação de doença mental sofrem não só no seu “privado” os terrores dos sintomas da doença mas também no domínio “público” as sequelas psicológicas e sociais de serem rotuladas de doentes mentais.

Para muitos isto significa ter que aprender a superar um estigma social e uma auto-estigmatização decorrente da dependência de outros para realizarem o tratamento e, no fundo, para sobreviverem.

Para os familiares, os efeitos adversos do estigma podem incluir uma diminuição da auto-estima e uma rutura das relações familiares, para além de terem um maior risco de auto-estigmatização, o que pode ter como consequência um aumento do isolamento social e um sentimento de vergonha face ao seu familiar doente (Marsh, 1998).

De acordo com a mesma autora, o estigma, na perspetiva dos doentes e seus familiares é o componente mais opressivo da chamada Sobrecarga Familiar. Este conceito surgiu, de certa forma, para designar aquilo que muitos investigadores consideravam ser o impacto devastador da doença mental na família.

A sobrecarga deriva não só da experiência de se ter que viver com uma pessoa com doença mental, mas também das interações e frustrações dos familiares com os sistemas de tratamento, sociais e legais e face a uma sociedade indiferente ou estigmatizante (Lefley, 1996).

Em 1967, Hoenig e Hamilton (citados por Hatfield & Lefley, 1987) perspetivaram este conceito em duas dimensões, a sobrecarga objetiva e a sobrecarga subjetiva, definidos respetivamente como os problemas práticos relacionados com a doença e a experiência em termos sentimentais de cada familiar face ao membro doente (Marsh, 1998).

Embora existam várias fontes de sobrecarga familiar, esta autora considera que a distinção entre Sobrecarga objetiva e subjetiva é uma importante forma de conceitualizar a experiência da doença mental para a família.

Assim, podemos definir sobrecarga objetiva como os aspectos mensuráveis e quantificáveis, que podem ser observados pelos outros e que se prendem com questões práticas, como por exemplo: a dependência económica da pessoa doente e a sua incapacidade para satisfazer as expectativas criadas em relação ao seu desempenho de papéis; a rutura das rotinas familiares; o investimento dos cuidadores em tempo e energia na procura de ajuda e negociação com o sistema de saúde mental; as interações confusas e por vezes humilhantes com os técnicos de saúde; os custos financeiros da doença; a privação da satisfação das necessidades de outros membros da família; a redução das atividades sociais; a deterioração das relações com o mundo exterior e a incapacidade de encontrar alternativas à hospitalização ou facilidades em encontrar um local para a pessoa viver fora da residência familiar (Lefley, 1996).

A sobrecarga subjetiva, prende-se, como foi já referido, com aquilo que os familiares experienciam de sentimentos face à doença. Estes sentimentos podem incluir dor e perda, choque, raiva, desespero, culpa, ansiedade e vergonha (Marsh, 1998).

A necessidade de entender de uma forma mais aprofundada o que é a sobrecarga familiar poder-se-á constituir como um acesso às necessidades dos familiares de pessoas com doença mental. Converte-se assim num importante contributo para compreender a carga que está inerente às suas vivências, únicas e complexas.

### **1.2.5. IMPACTO EMOCIONAL DA DOENÇA MENTAL NA FAMÍLIA**

O impacto emocional da doença mental na família pode ser analisado de acordo com quatro tipos de ameaça (Hatfield, 1990): a ameaça da perda e da privação; a ameaça da auto-estima; a ameaça da segurança e a ameaça da integridade e da esperança.

No que se reporta à ameaça da perda e da privação, o conceito de perda reporta-se a um estado de privação ou de não ter alguma coisa que se tinha. Hatfield (1990) refere que a incapacidade de uma pessoa com doença crónica pode resultar na perda de algumas características dessa pessoa, como uma qualidade especial ou um atributo que lhe conferia gratificação.

Muitas destas alterações são características da sintomatologia negativa da esquizofrenia mas, muitas vezes são interpretadas pelos familiares como alterações na personalidade da pessoa doente em vez de uma consequência da doença propriamente dita.

Para Lefley (1996) as famílias de pessoas com doença mental experienciam sentimentos de dor e luto muito semelhantes aos das pessoas que têm perdas reais, como por exemplo, a morte de um familiar, havendo uma rutura das expectativas e dos sonhos, planos e desejos que se alimentavam face à pessoa doente.

Segundo Marsh (1998) estes sentimentos de luto podem ser relativos ao familiar que eles conheciam antes da doença, ao sofrimento de toda a família e às suas perdas pessoais ao longo do tempo.

Hatfield (1990) refere que as reações emocionais subjacentes à perda são a dor, pena, tristeza, angústia, depressão, medo, ansiedade, nervosismo, agitação, pânico, raiva, descrença, negação, choque e vazio. Muitas vezes, o familiar pode ter dificuldade em aceitar este tipo de sentimentos que desenvolve face ao seu ente e, como consequência, tende a desenvolver sentimentos de culpa e vergonha.

Relativamente à ameaça da perda da auto-estima, no envolvimento com pessoas que estão a viver e enfrentar sérios desafios de adaptação, a auto-estima deve ser uma das prioridades a serem abordadas e trabalhadas, no sentido de se manter intacto o sentido de competência. A perda de uma auto-imagem satisfatória conduz à ansiedade, vergonha e sentimento de culpa.

Hatfield (1990) refere que faz parte da natureza humana estar preocupado em manter a auto-estima e uma imagem do *self* positiva.

Os sintomas pelos quais as pessoas são diagnosticadas com uma doença mental constituem-se como fontes de vergonha para muitos dos seus familiares. As habilidades sociais de uma pessoa com doença mental poderão estar comprometidas, bem como as capacidades e intenções de contacto social revelar-se desadequadas. Os comportamentos embaraçosos podem causar relutância por parte dos familiares em acompanhar a pessoa doente e mesmo em permitir que esta frequente sítios públicos (Lefley, 1996), o que está também associado aos sentimentos de vergonha. Este tipo de situações pode conduzir a um crescente isolamento social da família, o que a vai limitar nas suas atividades sociais e de lazer.

Lefley (1996) refere que uma das sequelas mais devastadoras da doença mental é a reação que a pessoa doente tem ao constatar que é “diferente” face à norma social. Assim, as famílias sofrem diretamente por causa dos comportamentos estranhos do seu familiar, e sofrem empaticamente devido à vergonha e embaraço sentidos pelo seu familiar.

A mesma autora considera que a família sofre um considerável sentimento de auto-culpabilização pelos comportamentos que podem ter sido, de alguma forma, desencadeadores de uma descompensação ou mesmo da desordem mental em si. Sentem-se também culpados pelos comportamentos hostis que têm face ao seu familiar, mesmo que sejam respostas legítimas perante um comportamento provocador ou intolerável.

A culpa conduz à depressão e também contribui para a diminuição da auto-estima, paralisando os familiares nas suas tentativas para fazerem frente e lidarem com as diversas situações com as quais são confrontadas.

Uma das razões que provoca este sentimento de culpa prende-se com o estigma da doença mental, que se estende a toda a família, sendo uma forma de culpa por associação.

Flynn (1987) considera o estigma da doença mental como sendo tão doloroso e incapacitante como os sintomas da doença mental em si. O estigma é a marca da “desgraça” para aqueles a quem a sociedade não aceita. Para a pessoa com doença mental, significa uma constante série de rejeições e exclusões e toda a família partilha entre si este fardo.

No que diz respeito à ameaça da segurança, para que todas as pessoas se sintam seguras no seu ambiente, precisam de se verem a si mesmas fisicamente resguardadas, capazes de preverem eventos e igualmente capazes de exercerem algum controlo sobre eles, reagindo à insegurança com ansiedade e tensão.

Existem receios de que a pessoa com doença mental possa constituir um perigo para si própria ou para os outros. Este comportamento decorre de um reduzido controlo dos seus impulsos, que pode levá-la a hostilizar os seus membros familiares devido a ciúmes, hipersensibilidade a críticas e obstrução aos seus desejos. Muitas vezes as pessoas com doença mental têm comportamentos agressivos e destrutivos na sua casa mesmo que não seja algo frequente.

As famílias, ao viverem com medo do seu familiar, vão condicionar o seu comportamento e criar medidas protetoras, como trancar as portas e esconder objectos de valor. É também possível que

alguns membros da família se sintam muito ansiosos acerca das suas próprias possibilidades de perderem o controlo, visto que a pessoa com doença mental pode ser bastante manipuladora, hostil, argumentativa e provocadora, o que pode contribuir para que até as pessoas mais controladas se possam deixar envolver pelo medo ou raiva.

O medo pode assumir outras proporções quando é consequência das preocupações relativas ao familiar, por exemplo, em relação ao seu futuro (Adamec, 1996).

As famílias podem muitas vezes sentir-se sobrecarregadas de responsabilidade mas, simultaneamente com um poder muito reduzido para agir eficazmente nas tomadas de decisão relativas ao seu familiar. Por vezes não compreendem a doença mental, colocando-se nas mãos dos profissionais que as conduzem, sem que estas muitas vezes saibam para onde e para quê, provocando um sentimento de impotência.

No que se reporta à ameaça da integridade e otimismo, a doença mental traz consigo uma crise de confiança no mundo, uma perda da fé no universo e uma dolorosa realidade da fragilidade e vulnerabilidade do ser humano. Hatfield (1990), reportando-se à perda e ao modo como as pessoas reagem perante a mesma, refere que as pessoas se podem sentir irritadas com as injustiças da vida e com a pessoa que perderam, por ser a sua causa de dor, e com aqueles que não entendem a sua dor.

As nossas perdas mudam-nos e alteram igualmente o curso das nossas vidas. Com o decorrer do tempo, as pessoas deixam de questionar o porquê de tal situação lhes ter acontecido, aceitando as contingências da vida.

### **1.3. O DESENVOLVIMENTO DA RESPOSTA DA FAMÍLIA AO LONGO DO TEMPO**

Vários autores tentaram compreender o processo associado às reações da família perante doenças mentais graves, segmentando-o em diversas fases. Todas estas perspectivas de resposta seguem uma lógica em que da negação se parte para a aceitação e para a procura de tratamento, terminando numa tentativa ativa de adaptação para viver com a pessoa em situação de doença mental.

A perspectiva de Terkelsen (1987) denota uma compreensão muito abrangente e completa acerca deste fenómeno, de uma forma clara e concisa.

Segundo Terkelsen (1987) a resposta da família varia ao longo do tempo (conceitualizando dez fases). Essa variação alia-se às mudanças da manifestação da doença, ao grau de incapacidade social e ocupacional do indivíduo e também a fatores relacionados com o tratamento, a hospitalização, a relação com os profissionais de saúde, efeitos secundários da medicação e acontecimentos de desenvolvimento inerentes à família não relacionados com a doença.~

Pela sua pertinência passamos, de seguida, a descrevê-las.

**Fase 1: Ignorar o que está para vir** - No início, a doença manifesta-se através de alterações subtis no comportamento e estilo de vida da pessoa. Essas alterações são primeiramente interpretadas pelos familiares como “normais” e inerentes ao desenvolvimento da personalidade do indivíduo ou às circunstâncias de vida. Aquilo que provavelmente serão os primeiros sinais de doença são inicialmente vistos como variações “normais” do desenvolvimento da personalidade, ou uma resposta às circunstâncias da vida, uma fase passageira.

Visto que estas mudanças comportamentais são minimizadas ou vistas como transitórias nesta primeira fase, o efeito psicológico da doença é ainda circunscrito. As reações emocionais estão confinadas a uma ansiedade intermitente e sentimentos vagos de que alguma coisa está “errada”.

É comum que alguns membros da família fiquem muito preocupados com as mudanças, enquanto outros não. Estas diferenças ocasionalmente conduzem a um conflito sério face à necessidade duma resposta, mas o mais comum é que estas discordâncias que surgem não sejam diferentes em intensidade de todos os outros conflitos que surgem na vida familiar de todos os dias. A família como um todo, nesta fase é mais ou menos inacessível e não procura, pelo menos duma forma consistente, ajuda profissional.

**Fase 2: O primeiro choque** - Eventualmente, há um acontecimento que ultrapassa um limiar “invisível” entre aquilo que seriam alterações no comportamento e algo mais sério. Este acontecimento despoleta preocupações graves em vários membros da família, depois de aparecerem e persistirem manifestações incontestáveis de doença mental, que não podem mais ser minimizadas, normalizadas ou vistas como temporárias. A família é mobilizada pela primeira vez para reconhecer a doença mental num dos seus membros.

Nesta conjectura, várias respostas podem emergir, sendo que algumas famílias se organizam para ter ajuda profissional. Outras, redobram esforços para “chegar” à pessoa afetada, incitando-a a pedir ajuda, tentando descobrir em conjunto aquilo que está a preocupá-la e aconselhando-a a fazer mudanças no seu estilo de vida. Ainda outros aconselham-na a “pôr-se em ordem” e a “endireitar a

vida". Independentemente da família procurar ajuda profissional ou não, os denominadores comuns desta fase são um comportamento de busca de apoio urgente, de forma persistente e crescente e uma ansiedade intensa. Muitas vezes, os familiares têm também medo de que haja alterações nas vertentes sociais e ocupacionais da pessoa afetada e de comportamentos desta contra a própria vida ou de outros.

**Fase 3: O impasse** - De uma forma geral, a pessoa afectada não consegue reconhecer as mudanças que ocorreram em si, o que a leva a rejeitar ajuda, seja ela vinda de profissionais, família ou amigos. Esta renitência, que pode ser uma manifestação da doença ou um reflexo da necessidade da própria pessoa de minimizar o significado dessas mudanças, geralmente corrompe o esforço da família da procura de ajuda. A ideia de que algo sério e persistente está a acontecer é ainda uma ideia nova e geralmente colapsa aos primeiros sinais de relutância da pessoa afetada. Alternativamente, a família procura ajuda exterior e muitas vezes os profissionais levam o seu próprio tempo a reconhecer a doença. Para além disso, a atenção dos profissionais pode ser desviada para a ansiedade e discórdia entre os membros da família e concluir que é a família como um todo (ou alguns membros em particular) que precisam de ajuda profissional.

Finalmente, como resposta à atenção da família ou num esforço ativo para conciliar a extensão dos danos, a pessoa afectada pode ter/causar menos problemas e até, temporariamente, melhorar o funcionamento social e ocupacional, minimizando as desordens do foro comportamental.

Face a estes desenvolvimentos confusos, a ansiedade pode aumentar para proporções de pânico enquanto os conflitos entre os familiares vão aumentando cada vez mais. Alguns membros podem refugiar-se numa distância emocional, enquanto noutros cresce uma preocupação exponencial para com a pessoa afetada, perdendo a preocupação consigo próprios.

Os familiares encontram-se bloqueados no tempo e com uma incapacidade para agir efetivamente.

**Fase 4: Contendo os factos da doença** - Face a uma disparidade persistente entre a evidência de um problema sério e a incapacidade de resolver o problema, muitos membros da família tentam adaptar-se à situação, podendo alguns afastar-se da pessoa afectada de forma a sentirem-se menos expostos à evidência dos danos. Outros, especialmente, se a pessoa afectada tiver tido alguma melhoria ou se os profissionais tiverem dado uma opinião favorável, irão concluir que o membro doente já melhorou. Ainda outros, concluirão que o problema reside fora da pessoa doente, sob a forma de drogas, influências adversas do ambiente que a rodeia ou atenção profissional incompetente. Poderão ainda considerar que a pessoa sofre de exaustão ou de uma doença física

para a qual existe cura. Ainda alguns familiares concluirão que a pessoa não está de todo afetada, mas a fingir ou apenas a ser preguiçosa. O denominador comum nesta fase é a tentativa de circunscrever as implicações do declínio no funcionamento da pessoa.

Se a pessoa tiver de facto um problema, não é visto pela família como insolúvel e duradouro, mas proveniente de alguma doença ou vulnerabilidade da própria pessoa em si. Os familiares consideram que esta não está doente, que não tem nenhuma doença ou, na eventualidade de ter, esta poderá ser curada da mesma forma que uma constipação ou uma pneumonia.

Nesta fase, apesar de poderem estar a experimentar níveis altos de ansiedade, os familiares estão ainda optimistas e esperançosos e ainda não experimentaram a raiva e o desespero, a vergonha e a culpa que os vai preencher à medida que o problema se mantém ou piora.

**Fase 5: Transformação em “doente oficial”** - Eventualmente, algo desastroso ocorre. A pessoa afectada torna-se de tal forma descontrolada ao ponto que a sua própria vida ou de outrem é ameaçada. O estatuto social da pessoa afetada é transformado no de “doente mental”, em que esta é oficialmente identificada como uma doente psiquiátrica.

De repente, a família é embatida pela força dos factos: um dos seus membros tem uma doença mental que não se irá embora. O significado da doença mental na família espalha-se por todos os aspectos do funcionamento da mesma. Inclinações pré-existentes para minimizar a situação continuam para algumas famílias, ou para alguns membros de algumas famílias, mas agora numa forma menos evidente, uma vez que já consideram a hipótese de existir de facto uma doença.

**Fase 6: A procura das causas** - Assim que a família aceita a presença da doença mental, começa a procura das causas. A direcção dessa procura depende das crenças pré-existentes da família sobre a natureza da doença mental. A família sente-se frustrada pela ausência de respostas definitivas e pela controvérsia resultante de diferentes opiniões de profissionais relacionada com a etiologia da doença.

As famílias têm diferentes mecanismos de coping face a esta controvérsia, havendo algumas que tendem a inclinar-se para uma visão mais interpessoal e biológica e outras em que uma visão multidimensional surge na tentativa de integrar informação de fontes interpessoais e biológicas.

Muito frequentemente, gera-se controvérsia dentro da família, em que os diversos membros adoptam diferentes perspectivas interpessoal, o que poderá originar conflitos no seio da família.



**Fase 7: A procura do tratamento** -*Inicia-se a procura efectiva do tratamento. A direcção que esta procura toma é influenciada especialmente por três factores: o nível de aceitação da doença, a sua percepção das causas e o perfil de tratamento disponível para aquela família.*

*Devido à possibilidade de combinação destes factores, a procura de tratamento é, geralmente, uma fase conflituosa para a pessoa afectada e para os familiares. Especialmente durante os primeiros anos da doença, o contacto com os profissionais da comunidade é muito importante para orientar a família relativamente à presença e natureza da doença mental e para providenciar tratamento para a pessoa afectada.*

Para além disso, há tanta diversidade de opiniões relativas ao tratamento da doença mental que a própria família fica um pouco sem saber como lidar com a situação, que se torna ainda mais problemática quando os profissionais decidem qual o melhor tratamento e a família ainda está a tentar compreender qual a fase e natureza da doença, para assim poderem fazer a sua opção. Nesta fase a família lida com a ambiguidade e controvérsia de todas as teorias e opiniões existentes. Outro aspecto que também se constitui um desafio para a família nesta fase, são os ambientes hospitalares a que a família é exposta. A maior parte das famílias teria tido um contacto mínimo com hospitais antes da doença surgir. Mesmo tendo tido contactos anteriores com hospitais gerais, isso não é comparável à experiência com as políticas institucionais e com as práticas dum hospital psiquiátrico.

E, através desta aprendizagem sobre os serviços de saúde mental, a família confronta-se com uma panóplia de atitudes vindas dos técnicos/pessoas que trabalham nestas instituições.

**Fase 8: O colapso do otimismo** - Praticamente em todos os casos, à medida que o tratamento prossegue, torna-se cada vez mais óbvio para a família que a pessoa afectada não vai regressar ao estado anterior de adaptação, podendo os sintomas regredir, mas não desaparecendo de vez. O isolamento e os danos nas esferas social e ocupacional da pessoa afectada persistem ou tornam-se ainda mais pronunciadas. A pessoa pode fazer alguns progressos, ganha alguma capacidade para manter algumas actividades mas outras não. Os meses transformam-se em anos. A pessoa tem uma recaída e depois outra, perdendo cada vez mais, a cada nova queda.

Com o tempo, a experiência cumulativa da família fá-la chegar à conclusão que a doença não se irá embora e que toda a família tem que se adaptar à possibilidade de que a pessoa afectada terá incapacidades permanentes.

Frequentemente a esperança de que a doença irá passar e deixar a família não afectada, exceptuando as memórias mais tristes, tem permitido que a família se adapte ao *burden* provocado pela doença e à perda de vitalidade da pessoa afectada.

Apesar da esperança da cura ter desempenhado um importante papel no repertório de coping da família, a cronicidade da doença mental constitui um ataque à sua capacidade de continuar a suportar o esforço de tratamento.

O colapso do optimismo terapêutico é um novo desafio que vai activar o processo de *coping* na família, podendo este ser ou não adequado. Invariavelmente, algumas das necessidades de outros membros da família são esquecidas em prol de todas as atenções que vão para a pessoa doente. Mais ainda, o sentido coletivo da família é prejudicado pela vergonha, e muitas vezes, pela culpa de ter um doente mental na família. Os familiares podem adquirir mecanismos de *coping* para lidar com o medo e repugnância reestruturando as suas vidas ou reduzindo o contacto com a pessoa afectada. Muitas vezes estas reacções - demasiada preocupação, ressentimento e evitamento - aumentam em intensidade e tornam-se uma parte do processo de *coping* da família à medida que a esperança de cura declina sob o peso da incapacidade prolongada.

**Fase 9: Rendendo-se ao sonho** - Eventualmente, o colapso do optimismo desenha-se ao mesmo tempo que outro processo: o luto das imagens idealizadas relativas à pessoa afectada.

Esta imagem idealizada é uma imagem interna de outra pessoa que reside nas mentes dos seus familiares, contendo partes de imagens mentais que consistem em pedaços de interções passadas e, simultaneamente, antecipações daquilo que a pessoa será no futuro. Este é um processo que ocorre em todas as famílias e com todos os membros. Quando uma pessoa se torna doente na adolescência /juventude, os outros membros já teriam uma imagem do seu passado e teriam feito planos para o seu futuro. Depois, quando a doença e os seus efeitos no futuro se tornam evidentes, alguns desses sonhos desmoronam-se, deixando de ser possível pensar nesses sonhos como representações dum futuro credível.

Os familiares experienciam tristeza e sofrem com aquilo que poderia ter sido possível e já não o é. Depois, há períodos que são caracterizados por um rejeitar da realização da perda. O processo de luto é feito de momentos de tristeza e momentos de aversão alternado durante dias, semanas, meses.

Pelo menos quatro fatores (de frustração) modificam o curso do luto da imagem idealizada. Primeiro, demora vários anos até que a família realize que a doença é prolongada e que a remissão

da doença nunca será completa. Segundo, a doença mental é uma doença invisível, não há aspectos externos que um observador possa utilizar para avaliar o estado e as limitações impostas pela doença. Os familiares só têm uma noção da doença quando a pessoa tem uma crise. Terceiro, a história natural da doença mental é caracterizada por uma série contínua de flutuações, pequenas e grandes. Visto que estas flutuações continuam indefinidamente, os familiares podem nunca ter a certeza que os seus sonhos relativamente à pessoa afectada são irrealistas. O quarto fator é o efeito recorrente de mudar expectativas no bem-estar da pessoa afectada. Os familiares, à medida que vão vendo a evolução, vão mudando as suas expectativas. A pessoa afectada, vendo que os outros o vão pressionando menos pode funcionar a um nível ligeiramente mais alto, o que vai provocar nos familiares um aumento de esperança e, provavelmente, uma maior pressão para melhorar, o que gera um ciclo de aumento e diminuição de expectativas e um aumento e diminuição de funcionamento. Este ciclo, de certa forma, mantém a família num estado de incerteza.

**Fase 10: Apanhando os estilhaços** - A família faz o seu luto e abre-se um caminho para restaurar algum balanço na sua vida desenvolvendo-se um processo, a que podemos chamar de “ver a doença em perspetiva” e que envolve dois processos interdependentes. Primeiro, a família aprende a “compartimentalizar” a doença e as suas preocupações, vendo-a como um conjunto de desafios no seu ciclo de vida, em vez de o ver como um problema único e central. Segundo, a família descobre ou redescobre actividades não relacionadas com a doença e suas preocupações e aprende a ver essas actividades como novas formas de envolvimento.

Na verdade, muitas famílias estão a descobrir que não há uma forma de fazer este processo que lhes permita “restaurar” o equilíbrio das prioridades da família e, ao mesmo tempo providenciar a satisfação total das necessidades da pessoa afectada.

As famílias da pessoa com doença mental confrontam-se com mudanças drásticas nas suas vidas, que requerem mudanças significativas nos comportamentos e nas capacidades para lidar com emoções fortes. A competência é um conceito utilizado por inúmeros autores para descreverem a meta dos esforços de *coping*. Neste sentido, envolve a seleção da informação relevante, ter um plano de acção, e iniciar um conjunto de actividades para ir de encontro a objetivos seleccionados. Com a teoria da adaptação, os profissionais podem entender a família de uma forma empática, possibilitando um encontro de vontades entre ambos.

No entanto, essa reacção ao aparecimento da doença depende de vários factores, especialmente dos seus recursos internos e externos. Entre os diversos tipos de recursos encontramos a saúde física e idade, os recursos económicos, a rede social e a resiliência (Atkinson & Coia, 1995).

Numa perspectiva individual, a efectividade do *coping* é aumentada por determinadas características pessoais, tais como a saúde física e mental, a auto-estima e auto-confiança, que se constituem como recursos internos. Outros factores influentes são as crenças pessoais, como as de cariz religioso, a idade, o género, a personalidade, o significado que a doença mental tem para a sua própria vida e os mecanismos de defesa que esta adopta nas diversas situações.

As variáveis familiares que influenciam a adopção de estratégias de *coping* relacionam-se com alguns aspectos já anteriormente referidos, tais como o ciclo de vida familiar, as características da família, a natureza e qualidade das relações entre os vários membros da família e o significado que a doença tem para a família.

No que respeita aos recursos externos, há importantes variáveis sociais, que incluem os serviços disponíveis na comunidade para a pessoa com doença mental, a existência de grupos de auto-ajuda e de programas psicoeducacionais para a família e outros recursos tais como organizações religiosas ou de estruturas criadas na comunidade com vista à defesa dos direitos da pessoa com doença mental.

#### **1.4. A IMPORTÂNCIA DA INTERVENÇÃO FAMILIAR**

É fundamental o conhecimento das características da família, pois cada qual apresenta as suas especificidades e singularidades. As abordagens devem ter em conta aspetos do desenvolvimento da família, do estado do doente, da doença, da idade dos filhos,... No tratamento da pessoa com esquizofrenia, a continuidade dos cuidados é essencial na perspetiva da reabilitação e integração do doente na sociedade. Para que tal se suceda, são fundamentais as redes de suporte, em que a família pode ser um dos elos mais fortes. (Carvalho, 2012b)

O mesmo autor aponta que as famílias estão sujeitas a uma significativa quantidade de diversidades e dificuldades, resultantes da doença e da pressão do meio ambiente. Fatores como a

perda de competências, os défices neurocognitivos, a terapêutica e os seus efeitos colaterais, a sintomatologia e o estigma, tornaram a pessoa com esquizofrenia mais dependente de terceiros.

A família, sendo a unidade suporte básico para a vida de qualquer pessoa, para o doente em situação de esquizofrenia tem especial importância, pela necessidade acompanhamento e de cuidados.

A família não só se comporta como um importante recurso que possibilita a sobrevivência e o desenvolvimento dos seus membros, como se consubstancia como uma das instituições que assume a tarefa educativa que lhe é outorgada pela sociedade, devendo, portanto, receber apoio para o desempenho dessa função.

De acordo com o modelo sistémico, a família é considerada como sistema aberto que goza das seguintes propriedades:

- totalidade (sendo a família mais do que a soma dos elementos)
- equifinalidade (em que os elementos podem apresentar diversas formas de alcançar o mesmo fim e apresentar mesmas formas para alcançar a fins diferentes),
- retroação (a existência de causalidade circular) e de auto-organização (referente a capacidade de mudança e de se reestruturar para manter e estabilizar a sua organização).

Barker (2000) refere que uma família funcional é aquela que consegue identificar a individualidade de cada um dos membros, possuindo competências para resolução de problemas e estratégias de coping eficazes face aos estímulos stressantes, promovendo o equilíbrio familiar, o crescimento e maturação dos membros, proporcionando a transmissão de valores e crenças transgeracionais, apresentando suporte emocional e de segurança, desempenhando uma comunicação aberta e identificando as responsabilidades respectivas de cada membro.

A família está sujeita a fontes de stress que podem corresponder a um período de transição do ciclo vital ou provocada por problemas particulares. A crise implica mudança. Esta é imprevisível e o sistema sente-se ameaçado, na medida que vai alterar o seu padrão de funcionamento habitual havendo uma transformação de forma atingir o equilíbrio. Em famílias com sistemas rígidos a crise é vivida como ameaça catastrófica, apresentando dificuldade de co-evoluir no processo de mudança.

Acontece que, não sendo fornecida aos familiares informações básicas ou um treino formal adequado para que lidem com a situação de uma pessoa com doença mental, muitas vezes esta assume-se sem preparação para ajudar um parente com doença mental, o que pode produzir uma grande sobrecarga que acaba por comprometer a saúde, vida social e relação com os outros membros da família, lazer, disponibilidade financeira, rotina doméstica, desempenho profissional e escolar e inúmeros outros aspectos da vida dos familiares (Neto, 2001).

Por outro lado, a presença de interações familiares carregadas negativamente sublinha a importância de se estabelecer uma relação de parceria entre profissionais e familiares para que melhor se lide com a pessoa em situação de doença mental.

Os efeitos negativos de doenças psiquiátricas graves no funcionamento familiar têm sido amplamente documentados em estudos que tentam padronizar questionários e medidas para aferir o nível de sobrecarga que um doente mental pode trazer para uma família e que estratégias as famílias acabam por desenvolver para lidar com esta sobrecarga (Hatfield, 1987; Jackson, et al., 1990; Mueser et al., 1997 cit. por Neto, 2001)

Os membros da família da pessoa em situação de doença mental têm frequentemente que aprender a lidar com uma série de problemas: diminuição de cuidados pessoais, agressividade, comportamentos inapropriados, falta de adesão ao tratamento, isolamento social, risco de suicídio, mudanças de humor, ansiedade e depressão, abuso de substâncias, comportamentos maníacos, comportamentos delirantes e alucinatórios. Estão sujeitos a uma enorme gama de emoções negativas, incluindo culpa, depressão, ansiedade e raiva. Embora algumas destas emoções sejam inevitáveis, a educação familiar sobre transtornos psiquiátricos pode aliviar alguns destes sentimentos desagradáveis que muitas vezes estão relacionados com um conhecimento precário sobre a doença.

Ajudando os membros da família a entender que determinados problemas da pessoa em causa estão associados a um diagnóstico psiquiátrico específico (com uma base biológica real), os familiares tornam-se capazes de entender melhor a doença e os limites que ela pode impor. Assim, os familiares desenvolvem expectativas mais realistas ao mesmo tempo. Por outro lado, a legitimação da doença reforça a responsabilidade da pessoa em situação de doença mental em algumas áreas do seu comportamento (Neto, 2001).

A diminuição das emoções negativas dos familiares também leva a uma diminuição EE familiar com benefícios para a família e para o paciente.

## **1.5. A PSICOEDUCAÇÃO EM FAMÍLIAS DE PESSOAS COM ESQUIZOFRENIA**

A Psicoeducação como disciplina científica de conhecimento e atuação bidimensional entre a Saúde e a Educação, interage com o processo de aprendizagem humano, especificamente orientada para os seus padrões normais e patológicos, considerando a influência do meio, da família, da sociedade e do percurso profissional do indivíduo na sua trajetória de vida (Caminha et al., 2003).

Na década de 70 do século passado, os programas psicoeducacionais para familiares de indivíduos com doença mental assumiram um papel importante no plano de reabilitação do utente, começando-se a ouvir frequentemente o termo psicoeducação familiar (Watkins & Callicut, 1997). Neste contexto, podemos evidenciar alguns dos programas psicoeducacionais desenvolvidos durante essa década e que abriram precedente para esta tipologia de intervenção, salientando-se o programa aplicado por Ian Falloon e colaboradores, que desenvolveram uma intervenção em famílias de pessoas com diagnóstico de psicose esquizofrénica, a que chamaram “Terapia Familiar Comportamental” (TFC). Esta designação significa que a base de trabalho era a família em conjunto, propondo-se a inclusão nas sessões de todos os elementos disponíveis, nomeadamente da pessoa com doença psicótica.

O objetivo major da TFC passa por dotar as famílias de mais conhecimentos sobre a doença psicótica e de melhores competências de comunicação e resolução de problemas, que facilitem a gestão de stress no quotidiano e nas crises ocasionais (pessoais, familiares). Trata-se de uma intervenção focal, de duração limitada, com objectivos bem definidos, guiada pela avaliação funcional da família, sem excluir no entanto que o modelo psicoeducativo TFC constitui um complemento valioso, mas nunca uma alternativa à abordagem médica da psicose ou de outras doenças mentais.

Pereira et al (2006) consideram que é consensual a necessidade de abordagens integradas para a esquizofrenia, que incluam tratamentos biológicos e estratégias psicossociais focalizadas no doente e na família. Apontam, desta forma, para a necessidade do desenvolvimento de programas psicoeducativos que integrem as famílias.

Os autores entendem por psicoeducação um conjunto de abordagens orientadas por dois vectores: ajudar os doentes e os seus familiares a aprender o que precisam sobre a doença mental e a dominar novas formas de lidar com ela e com os problemas do quotidiano; reduzir o *stress* familiar e providenciar suporte social e encorajamento, permitindo um enfoque no futuro mais do que um remoer mórbido do passado.

Segundo Rummel-Kluge e colaboradores (2006) a intervenção psicoeducativa refere-se a informação sistemática, estruturada e didáctica relativa à doença e ao seu tratamento e tem em conta os aspectos emocionais individuais, permitindo estimular os indivíduos a lidar com a doença adequadamente. Esta intervenção permite que a pessoa e sua família sejam capaz de compreender as diferenças entre características pessoais e as características da doença, ajudando-o a lidar

melhor com a sua problemática, pois passam a conhecer detalhadamente as consequências, os sintomas e os factores desencadeantes referentes à patologia (Caminha et al., 2003).

As tentativas para se avaliar a eficácia da psicoeducação familiar têm sido testadas amplamente por vários grupos que estudam famílias de pessoas com esquizofrenia; existem evidências de que ocorra uma redução nos níveis de recaída de pessoas com esquizofrenia cujas famílias participam em intervenções psicoeducativas, quando comparados a pessoas que seguem apenas o tratamento em ambulatório, com terapêutica medicamentosa e sem a intervenção educacional familiar (Beardslee et al., 1997; Penn & Mueser, 1996; Macfarlane et al., 1996 cit por Neto e Yacubian, 2001).

Numa ampla revisão de estudos controlados sobre a eficácia de tratamentos psicossociais na esquizofrenia, realizada por Penn & Mueser (1996, cit. por Neto & Yacubian, 2001), foi evidenciado que intervenção familiar de orientação educacional reduz a vulnerabilidade a recaídas dentro de um a dois anos de seguimento, bem como uma redução dos níveis de sobrecarga familiar após intervenções familiares educacionais.

Os vários métodos psicoeducacionais que fornecem informação, suporte, treino de habilidades ou uma combinação destes, mostram-se efetivos em atingir as necessidades das famílias. Além disso, as famílias que recebem esse tipo de educação tornam-se capacitadas para exercerem algum controlo sobre as intervenções levadas a cabo pela equipa de saúde (Lopez et al, 2009).

Medidas de psicoeducação familiar mostram-se úteis para diminuir a EE e consequentemente as recaídas da doença. Estas medidas ensinam os pacientes e suas famílias a lidarem com a doença psiquiátrica de maneira a ter um entendimento pragmático da doença, dos sintomas, das estratégias de gestão de comportamentos e de onde e quando procurar auxílio.

Mueser & Glynn (1995, cit. por Neto & Yacubian, 2001) apontam como objetivos da educação familiar:

- 1- Legitimar a doença psiquiátrica;
- 2- Promover a aceitação familiar da doença;
- 3- Reconhecer os limites que a doença impõe ao doente;
- 4- Desenvolver expectativas realistas em relação ao doente;
- 5- Reduzir a responsabilidade (culpa) do doente;
- 6- Reduzir as emoções negativas dos membros da família
- 7- Diminuir culpa, ansiedade, depressão, raiva e isolamento;
- 8- Mostrar para familiares e pacientes que não estão sozinhos;



- 9- Fornecer (fomentar) um espírito colaborador na luta contra a doença;
- 10- Promover a cooperação dos membros da família com o plano de tratamento;
- 11- Explicar intervenções farmacológicas e psicológicas;
- 12- Ajudar os familiares a reforçar a participação do paciente no tratamento;
- 13- Melhorar as habilidades familiares para monitorizar a doença;
- 14- Reconhecer sinais precoces de recaída e mudanças em sintomas persistentes;
- 15- Saber como se comportar para impedir recaídas procurando a equipa responsável pelo tratamento;
- 16- Monitorizar a adesão ao tratamento e os efeitos colaterais das medicações.

Pereira et al (2006) defendem que as abordagens psicoeducativas direcionadas às famílias têm como objectivos:

- 1- Legitimar a doença - através de informação da doença, suas limitações e proporcionar expectativas realistas em relação à pessoa doente.
- 2- Reduzir as emoções negativas – muitas vezes as emoções negativas, tais como, a raiva, a culpa, depressão, ansiedade são inevitáveis e os familiares sentem-se sozinhos com suas experiências com a doença. A educação tem a finalidade aliviar os familiares desses sentimentos.
- 3- Incentivar a cooperação da família no regime terapêutico – através de intervenções terapêuticas.
- 4- Melhorar as competências da família na monitorização da doença – através do conhecimento de sinais e sintomas de recaídas da doença assim como o conhecimento do tratamento farmacológico.

A *World Schizophrenia Fellowship*, em 1998 (cit. por Pereira et al, 2006) definiu dois objectivos fundamentais na abordagem psicoeducativa:

- 1- conseguir os melhores resultados clínicos e funcionais para a pessoa com doença mental, através de abordagens que integrem a colaboração entre os profissionais de saúde, famílias e doentes;
- 2- aliviar o sofrimento dos membros da família, apoiando-os nos seus esforços para potenciar a reabilitação da pessoa doente de quem cuidam.

Para Pereira et. al (2006), o objetivo da intervenção familiar traduz-se em dotar as famílias de mais conhecimentos sobre a doença psicótica e de melhores competências de comunicação e resolução de problemas, que facilitam a gestão de stress no quotidiano e nas crises acidentais pessoais e familiares.

Brito (2006) fez um levantamento de diversos estudos realizados numa grande diversidade de países europeus (Reino Unido, Países Baixos, Alemanha, Itália, Grécia, Turquia, Espanha e Portugal) e em outros continentes, com estudos feitos na Malásia, Índia, China e Austrália. De realçar que apesar da variedade de perfis metodológicos, os resultados dos diferentes estudos sugerem que as intervenções psicoeducativas para famílias de pessoas com esquizofrenia, embora originalmente desenvolvidas nos estados Unidos e Reino Unido, podem ser transferidas e aplicadas em contextos socioeconómicos e culturalmente diferentes.

As intervenções psicoeducativas para famílias têm sido sujeitas a muitos estudos clínicos cujos dados têm, de forma consistente, demonstrado o seu valor na redução das recaídas e na redução do número de internamentos, com sugestão que estas intervenções contribuem para melhorar o funcionamento psicossocial do doente e o bem-estar da família (Falloon et al, 1987; Dixon e Lehman, 1995; Dixon et al, 2001; OMS, 2002; McFarlane et al, 2003; APA, 2004, cit. por Brito, 2006). De realçar que as intervenções psicoeducativas têm como finalidade possibilitar melhores resultados em termos de saúde para a pessoa em situação de doença mental, através do tratamento e gestão da doença de forma articulada nas suas várias dimensões, tendo como pressuposto o envolvimento da família do doente e a colaboração entre os diversos profissionais, numa perspectiva de cuidados (Falloon et al, 1987; McFarlane et al, 2003; Muesler et al, 2003, cit. por Brito, 2006).

De realçar que a aprendizagem pressupõe processos cognitivos, afetivos e psicomotores, o que implica mudanças no comportamento, competências e atitudes, o que por si só vem reforçar a ideia de que é preciso muito mais do que informação para que exista um efetivo benefício para o doente e sua família.

Desta forma, parece ser essencial desenvolver intervenções para famílias que incluam elementos que conduzam a mudanças no comportamento e que permitam um treino continuado de formas de lidar com os aspectos específicos da doença, pois a própria família necessita de tempo para efetivamente alterar as suas atitudes (Brito, 2006).

A mesma autora alude ao Royak College of Nursing (RCN, 2002), que considera que o trabalho com as famílias como um dos elementos essenciais no cuidado à pessoa com doença mental grave, destacando a colaboração com os familiares que cuidam da pessoa com esquizofrenia e reduzir a sua sobrecarga, proporcionando apoio e informação sobre a doença e treino para a resolução de problemas, redução do stress emocional, os sentimentos de culpa e hostilidade, explorar as

expetativas da família em relação aos cuidados, estabelecer limites e definir o equilíbrio entre a autonomia do doente e o nível de intervenção/acompanhamento por parte de família.

Pereira et al (2006) indicam que o foco da abordagem é geralmente pedagógico, contemplando a aquisição de informação, de perícias de comunicação e resolução de problemas / gestão do "stress". Esta abordagem apresenta como vantagem abordar as necessidades de todos os membros da família, sendo contudo necessário uma certa flexibilidade para conseguir reuni-la.

Obedece aos seguintes princípios:

1. Adopção de um modelo de *vulnerabilidade-stress* para a esquizofrenia;
2. Assumem-se como complemento - mas não alternativa - às terapêuticas farmacológicas;
3. Pressupõem uma forte aliança terapêutica com a família, sendo o doente incluído em pelo menos grande parte das sessões;
4. Sessões preferencialmente domiciliárias;
5. Ênfase na educação da família sobre a doença;
6. Orientação cognitivo-comportamental, com enfoque nas questões práticas do quotidiano;
7. Treino de comunicação, permitindo maior clareza de expressão e uma tendência construtiva;
8. Treino de resolução de problemas para o conjunto da família;
9. Melhoria do ambiente familiar, mediante potenciação do *coping* construtivo e redução do *stress*;
10. Manutenção de expetativas realistas para doentes e familiares, ao mesmo tempo que se desenvolvem redes de suporte social informal e formal para a família no seu todo;
11. As Intervenções Familiares são mantidas por um tempo significativo ou têm lugar num contexto de continuidade de cuidados. Incluem componentes específicos para prevenção das recaídas.

Em termos operacionais, a TFC prevê uma duração de seis a doze meses, através da realização de sessões familiares com periodicidade semanal/quinzenal (nos primeiros meses) e quinzenal/mensal (a partir do 4.º mês da intervenção). (Gonçalves-Pereira; Xavier; Fadden, 2007).

Não é um esquema rígido, devendo ser adaptado às necessidades da família (nomeadamente nas crises). Por outro lado, prevê-se que o terapeuta continue a manter algum contacto com a família de forma a monitorizar a capacidade de adaptação a novas circunstâncias e a poder reintervir de acordo com as necessidades.

De referir que as características essenciais do Modelo de Falloon (TFC) são:

1. Abordagem unifamiliar;

2. Responsabilidade perante a família como sistema (e perante cada membro da família em particular);
3. Modelo pedagógico psicoeducativo participado (discussão da informação relacionada com a doença, aquisição de competências específicas que permitam lidar com a doença e treino de competências genéricas de comunicação e resolução de problemas);
4. Focalização em estratégias cognitivo-comportamentais;
5. Intervenção com objectivos precisos, tendencialmente breve mas com possibilidade de sessões de manutenção.

A ênfase é dada no componente educativo, onde o terapeuta se posiciona pedagogicamente como facilitador da autonomização da família (o que implica maior capacidade de utilização de recursos, formais ou informais). Assim, o terapeuta é diretivo apenas na forma de transmitir ou desenvolver as perícias comportamentais em défice, evitando envolver-se no sistema familiar, nomeadamente em tomadas concretas de decisão. Por último, a responsabilidade terapêutica é assumida para com todos os membros da família.

A TFC permite melhorar a gestão do stress, tanto o stress do quotidiano como de “acontecimentos de vida” (“amortecimento” do stress, mais do que como alterações da vulnerabilidade biológica para a esquizofrenia) (Gonçalves-Pereira; Xavier; Fadden 2007).

Os requisitos necessários de base para iniciar o trabalho passam por possuir boas competências relacionais, estar motivado para o trabalho com famílias, ter experiência direta de lidar com o tipo de perturbação mental em questão e estar desprovido de preconceitos quanto à possibilidade de aplicar uma técnica de inspiração comportamental. (Gonçalves-Pereira; Xavier; Fadden 2007).

Gonzalez-Pinto e colaboradores (2004) realizaram um estudo de revisão sobre psicoeducação e terapia cognitivo-comportamental para a perturbação psicótica fornecendo uma visão geral das referidas modalidades de tratamento. Os autores avaliaram publicações entre os anos 1971 e 2003 e verificaram que, quando combinada com tratamento farmacológico, a psicoeducação ajuda a melhorar a adesão ao tratamento, evidenciando ainda que o estímulo da aprendizagem na identificação precoce dos sintomas maníacos auxilia a melhorar os resultados terapêuticos e a reduzir o número de episódios psicóticos. Diversos autores assumem como principais vantagens da psicoeducação, providenciar estratégias para gerir a vulnerabilidade do utente às circunstâncias de vida stressantes, dar suporte emocional aos indivíduos e familiares e consequentemente melhorar

as relações familiares e reforçar a importância da adesão ao processo de reabilitação e à toma da medicação (Beck & Rector, 2005; Pratt et al., 2005; Love, 2002).

Investigadores e clínicos estão de acordo que o tratamento farmacológico é necessário porém insuficiente para a intervenção na psicose, surgindo neste contexto a crescente motivação pelas abordagens psicossociais, nas quais se incluem os programas psicoeducacionais (Sevillano, 2007).

Bateman & Fonagy (2006) consideram que um programa psicoeducativo para pacientes psicóticos e seus familiares deve incluir pelo menos os seguintes doze pontos:

- 1- informação sobre os altos índices de recorrência associados à doença e à sua condição crónica;
- 2- informação sobre os sintomas de alerta de recaída e um treino pessoal para auxiliar os pacientes a identificarem os seus próprios fatores;
- 3- informação sobre os agentes psicofarmacológicos, as suas vantagens e seus potenciais efeitos secundários;
- 4- treino na deteção precoce dos sintomas prodrómicos;
- 5- elaboração de um "plano de emergência";
- 6- treino sobre a gestão dos sintomas;
- 7- informação sobre os riscos associados ao uso de drogas ilícitas, café e álcool;
- 8- ênfase sobre a importância de rotinas de manutenção, especialmente hábitos de sono;
- 9- promoção de hábitos saudáveis;
- 10- treino na gestão de stress;
- 11- informação concreta sobre alguns assuntos, como a gravidez e o risco de suicídio;
- 12- lidar com o estigma e outros problemas sociais relacionados com a doença, que os pacientes psicóticos não podem discutir facilmente com seus amigos "saudáveis".

Os mesmos autores consideram que entender a negação e aprender as causas biológicas da doença constituem uma parte essencial das primeiras sessões (Bateman & Fonagy, 2006). Outro dos conteúdos principais da psicoeducação diz respeito à melhoria na adesão ao tratamento, por norma muito deficitária nos pacientes psicóticos, mesmo quando eutímicos. A deteção precoce dos potenciais sintomas prodrómicos é outra questão importante inerente aos programas psicoeducativos. Os estudos têm demonstrado que os pacientes inscritos nos programas psicoeducativos aprendem a identificar facilmente sinais comuns de recaídas psicóticas, o que constitui o primeiro passo para a deteção precoce (Morselli & Elgie, 2002). Embora ainda não se possa assegurar que cada conteúdo seja indispensável por si só para o sucesso da psicoeducação,

como recurso terapêutico em pacientes com psicose, a literatura científica aponta para a relevância da combinação dos conteúdos programáticos que suportam o modelo psicoeducativo, demonstrando bons resultados profiláticos em pacientes psicóticos (Morselli & Elgie, 2002).

Encontramos eficácia nos programas de psicoeducação que incidem na intervenção de competências específicas, tais como, treino de competências sociais e (Pfammater, Junghan & Brenner, 2006) e prevenção de recaídas e readmissões (Lincoln, Wilhelm & Nestoriuc, 2007). Pekkala e Merinder (2004) efectuaram uma revisão sistemática dos programas de psicoeducação tendo concluído que pode ter um impacto positivo no aumento do insight quanto à patologia, adesão à medicação e nível de funcionamento psicossocial.

## **1.6. A RELAÇÃO DE AJUDA**

Do conceito rogeriano de Relação de Ajuda ressalta, entre outros aspectos, a dimensão não-directiva do tipo de ajuda que é prestada ao sujeito que dela necessita.

Esta relação não deve ser perspectivada como uma relação na qual existe um sujeito mais forte, que ajuda, e um sujeito mais fraco, que é ajudado. Ambos os intervenientes desempenham papéis igualmente fulcrais: o que ajuda, pela função facilitadora e potenciadora de desenvolvimento que assume e o que é ajudado, por ser portador do que é essencial para o sucesso da relação de ajuda, da “terapia” – força interior.

Rogers (1980) congrega os pressupostos patentes nos Princípios da Pessoaalidade, da Consciencialização e da Auto-implicação do Sujeito, uma vez que se pressupõe que a pessoa que ajuda dá prioridade máxima à pessoa daquele que é ajudado, respeitando-o, escutando-o e apoiando-o com humanidade; assumindo que o ajudado, com o decurso da relação, se vai consciencializando da situação que o envolve, das soluções que se afiguram e dos meios que dispõe para pôr em marcha o processo de resolução do problema que o afeta. Acrescendo a tudo isto o facto de ser essencial a vertente de auto-implicação daquele que é ajudado, dado que é ele que se assume como protagonista na condução do seu processo de “cura”.

O ajudante surge como facilitador, promotor do crescimento do outro, ajudando a outra pessoa a perscrutar no seu íntimo, numa auto-descoberta do caminho que faz mais sentido para si mesmo. A tomada de decisões é um processo pessoal que advém de uma atribuição de sentidos individual e intransmissível.

Trata-se de uma relação essencialmente baseada na humanidade, na autenticidade e na individualidade da pessoa humana. Fiedler (cit. por Rogers, 1980) identifica os seguintes fatores caracterizadores desta relação, a saber:

- Capacidade de compreensão dos sentimentos e das atribuições de sentido construídas pelo outro;
- Recetividade e sensibilidade face à postura do outro;
- Interesse, afetividade, proximidade, sem interferência emocional por parte de quem presta ajuda.

O ajudante procura contribuir para que aquele que é ajudado adquira competências que lhe permitam lidar com os seus problemas, adaptar-se às situações, compreender a realidade dos contextos com clareza, intervir ativamente para a consecução dos seus objectivos, expressar os seus sentimentos e as suas perspectivas, construir sentidos, com uma postura crítico-reflexiva, numa vertente de resolução de problemas.

É a partir da crença na pessoa e da sua capacidade em se autodirigir, que a abordagem à pessoa procura um alicerce para tentar facilitar-lhe condições ideais, onde ela possa entrar em contacto consigo, para determinar se quer ou não mudar ou que tipo de mudança almeja; dentro de si a pessoa possui os mecanismos necessários para lidar consigo e com o outro.

A tendência actual nada mais é do que a crença de que se o outro tiver condições favoráveis, ele direccionar-se-á de modo a suprir as suas necessidades e terá os seus sentimentos muito mais claros. Na Relação de Ajuda entende-se que a melhor maneira de ajudá-lo é proporcionar condições ideais para essa transformação.

Essas condições são autenticidade, congruência, empatia e consideração positiva incondicional.

Phaneuf (1995) refere que a relação de ajuda aplicada aos cuidados de saúde conserva o seu carácter de respeito e de confiança no Homem, assentando numa filosofia holística que tem em conta todas as dimensões da pessoa.

A relação de ajuda engloba um processo gradual, com um início e um fim, onde se podem identificar algumas fases. Phaneuf (1995) refere-se a este processo constituído por distintas fases:

- fase da preparação da pessoa que ajuda que se caracteriza pela informação sobre a pessoa, seu quadro concetual, sentimentos, crenças, valores, objetivos, ou seja, conhecer o outro tal qual ele é.

A postura, atitude do ajudador, de transparência, aceitação incondicional, de consideração positiva, numa relação não directiva;

- fase de exploração da relação consiste na interiorização, exploração e tomada de consciência do vivido, por parte do ajudado, de modo a que se processe a aceitação, a melhor adaptação, mudança de comportamento, evolução para um melhor bem-estar e para a autonomia.

- fim da relação.

A relação de ajuda visa, assim, uma caminhada para a autonomia e para a autorregulação, onde a pessoa é o centro da sua própria valorização e da sua própria escolha, que se pode especializar individualizando-se, socializando-se e subjectivando-se, num processo unificado de personalização da sua vivência. No conceito de pessoa cabem a consciência (de ser intencional), a razão, a autonomia, a abertura, a liberdade, a responsabilidade existencial e a solidariedade.

O aconselhamento direto e preciso por parte da pessoa que ajuda, conduz ou guia a pessoa que é ajudada em função daquilo que o ajudador acha ser o melhor para ele, dirige, escolhe os aspectos a analisar, investiga as suas causas e formula possíveis soluções e estratégias de acção, fazendo com que o indivíduo se adapte ao meio pela superação das dificuldades que impedem a aprendizagem (Simões, Fonseca & Belo, 2006).

Esta relação centra-se na pessoa e não no problema. A experiência de um clima de aceitação plena e de interesse por si, como pessoa, permite o destroçar de defesas e assumir-se como realmente é. Nesta atitude de respeito, a pessoa que ajuda abstém-se de sugerir, orientar, interpretar ou fazer julgamentos, procurando criar um ambiente de confiança propício à total liberdade para a expressão de sentimentos e vivências pessoais.

## **1.7. UMA APROXIMAÇÃO À ENFERMAGEM**

Considerando os aspetos associados à psicoeducação a familiares de pessoas com esquizofrenia, torna-se importante compreender qual o contributo concreto que a enfermagem fornece à compreensão dos fenómenos subjacentes.

O Modelo de Sistemas de Betty Neuman, ao perspetivar a abordagem sistémica da família e respetivos membros, numa visão holística e multidimensional, torna-se numa mais valia na



abordagem ao utente e sua família, atendendo a todo o ambiente complexo que interfere na estabilidade do seu sistema. Este modelo focaliza a reação do indivíduo ao stress e fatores envolvidos na reconstituição ou adaptação do sistema (Neuman, 1995), colocando em evidência a importância do contributo da Enfermagem para reduzir/trabalhar esses fatores de stress na promoção da saúde mental.

Por outro lado, a perspectiva psicodinâmica associada à Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau refere que a enfermagem psicodinâmica envolve reconhecer, esclarecer e construir uma compreensão acerca do que acontece quando o enfermeiro se relaciona de forma útil com o cliente.

As etapas da enfermagem psicodinâmica desenvolvem-se tendo como base dois pressupostos:

1. A postura adotada pelo enfermeiro interfere diretamente no que o cliente vai aprender durante o processo de cuidado ao longo da sua experiência como utente.
2. O auxílio ao desenvolvimento da personalidade e ao amadurecimento é uma função da enfermagem que exige o uso de princípios e métodos que facilitem e orientem o processo de solução dos problemas ou dificuldades interpessoais quotidianas.

Para o enfermeiro utilizar o seu papel terapêutico na relação interpessoal, deverá aceitar o cliente tal como ele é, considerando aquilo que ele diz que sente, independentemente de ser ou não real. É através do que o utente verbaliza que devem ser avaliadas as necessidades psicossociais dele.

Assim, importa explorar as perspetivas do Modelo de Sistemas de Betty Neuman e da Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau, no contributo que oferecem na abordagem à pessoa e sua família no que respeita, concretamente, à psicoeducação.

### **1.7.1. MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN**

O Modelo de Sistemas de Betty Neuman, baseia-se em três eixos principais: o ser humano, os stressores e a sua resposta aos mesmos, sendo esta complementaridade que compõe o sistema no seu todo.

Entendemos que o modelo de Sistemas de Betty Neuman nos ajuda a compreender e evidenciar a forma como a problemática da psicoeducação focada na família enquanto sistema, se configura

numa estratégia da prática clínica de enfermagem que, levada a cabo, contribui para que se trabalhem aspetos teóricos e práticos com ganhos em saúde para as famílias. A tipologia de abordagem associada à psicoeducação tem como pano de fundo a questão do stress, possibilitando que as famílias possam desenvolver a sua capacidade de resposta de forma eficaz, através de estratégias comportamentais/ de coping facilitadores da adaptação às situações de vida associadas. Baseia-se em dois componentes: o stress e a reacção ao stress, estando, em parte, baseado na Teoria Geral dos Sistemas, que descreve cada sistema como um todo e uma parte, ou seja, como a organização dinâmica de um conjunto com fronteiras mas não isolado do intercâmbio de energia e informação e que se mantém em equilíbrio dinâmico com os subsistemas e com o sistema maior em que se insere. Neuman (cit por Cross, 1993: 232) declara: “Precisamos, agora, enfaticamente, recusar lidar com componentes únicos, mas, sim, relacionarmo-nos ao conceito de todo. Precisamos pensar e agir sistemicamente.”

Segundo Neuman (1995), todas as pessoas encontram-se num estado de equilíbrio dinâmico com o seu meio envolvente, resultando no bem-estar e estabilidade do seu sistema. O stress surge, então, como produtor de tensão, com o potencial de causar instabilidade no sistema e, por consequência, desequilíbrio ou distúrbio na harmonia pessoal. Esta desarmonia pode ocorrer sempre que os factores de stress rompem as linhas de defesa de um dado indivíduo.

A Pessoa, neste Modelo, é encarada como um Sistema aberto, em interação constante com o ambiente. É composta por cinco variáveis constituintes da estrutura básica e que interagem entre si. Estas são de ordem: fisiológica, psicológica, socioculturais, de desenvolvimento das fases do ciclo de vida e espirituais (Neuman, 1995). Neuman define que a variável fisiológica se refere à estrutura e às funções do organismo; a variável psicológica aos processos mentais e relacionamentos; a variável sócio-cultural às funções do sistema relativas às expectativas e às actividades sociais e culturais; a variável desenvolvimentista aos processos relativos ao desenvolvimento durante o ciclo de vida e a variável espiritual se refere à influência das crenças espirituais.

Apresenta uma definição do que considera ser pessoa, enquanto sistema, nomeadamente integrando os aspetos que no seu todo contribuem para o ser pessoa, ou seja, aborda-a como uma composição de variáveis, em que cada um é parte do todo e o seu conjunto forma o cliente. O cliente é um sistema composto por uma estrutura básica concêntrica, com fatores essenciais e círculos que atuam como protectores do sistema. Estes círculos funcionam como escudos e são compostos pelos stressores, as variáveis e as diferentes proposições que no seu conjunto atuam

para reter, proteger ou manter a estabilidade e integridade do sistema – o cliente, numa dinâmica que conjuga todas as partes do sistema. O cliente é considerado como um sistema aberto em total inter-relação com o ambiente.

Esquemáticamente , a pessoa é representada por uma estrutura básica, constituída pelas variáveis já descritas, mas também por factores básicos comuns a todos os organismos, estrutura genética e do ego, bem como capacidade cognitiva, rodeada por linhas concêntricas.

A linha flexível de defesa, a linha normal de defesa e as linhas de resistência constituem três mecanismos de proteção da estrutura básica e da integridade do Cliente enquanto Sistema (Neuman, 1995).

A capacidade de resistência é determinada pelas cinco variáveis do Cliente, bem como pelo contexto do Cliente, recursos próprios e pela percepção do mesmo face aos factores de stress. Devem ainda ser considerados o tempo de contacto, natureza e intensidade dos factores de stress.

Os stressores são fenómenos que podem penetrar na linha flexível ou normal de defesa e produzir tensões. Podem ainda conduzir a resultados positivos ou negativos. Neuman (1995) definiu três tipos de Stressors Ambientais:

- Intrapessoais, como emoções e sentimentos do Cliente;
- Interpessoais, como a expectativa do papel do indivíduo;
- Extrapessoais, como problemas financeiros ou no trabalho.

Os stressores são os estímulos quer externos, quer internos de ambos os conceitos que exercem, quer positivamente, quer negativamente influência face às decisões, atitudes, comportamentos relacionado com o ser humano, quanto ao ambiente, são predominantemente questões sócio-culturais.

Para Neuman (1995), o ambiente é considerado como todos os factores internos e externos ou influências ambientais. O cliente pode ser influenciado por forças ambientais positivas ou negativas, em qualquer momento. O ajustamento do sistema pode alterar as respostas do cliente; evidencia por isso o output, o input e o feed-back entre o cliente e o ambiente como um círculo natural.

Neuman (cit. por Freese, 2004: 340), define “ *O ambiente e a pessoa são identificados como os fenómenos básicos do Modelo de Sistemas (...) sendo a relação entre ambiente e pessoa recíproca. O ambiente é definido como todos os factores internos e externos que rodeiam ou interagem com a pessoa e o ambiente. Os stressores (intrapessoais, interpessoais e extrapessoais)*

*são importantes para o conceito de ambiente e são descritos como forças ambientais que interagem com e alteram potencialmente a estabilidade do sistema...”*

A Saúde, ou estabilidade óptima do Sistema é a condição na qual todas as variáveis do Sistema se encontram em harmonia ou equilíbrio com o Cliente/Sistema.

Quanto ao conceito de saúde, Neuman (1995), define-o como uma harmonia de interação entre o sistema cliente tendo em vista o bem-estar. Saúde para o cliente no Modelo dos Sistemas, equivale à sua estabilidade, considerado como o melhor estado de saúde para o cliente. Este conceito de saúde, está intimamente relacionado com os outros componentes do modelo, ou seja, a relação dinâmica do cliente com as variáveis, com os stressores inter, intra e extra pessoais e com a capacidade de adaptação face aos agentes stressores.

Neuman (1995), considera a saúde como uma manifestação do nível de energia do cliente para preservar e acentuar a integridade do sistema. Esta troca de energia deve ser constante entre o cliente e o ambiente, sendo que estes níveis de energia estão em constante interação face aos possíveis stressores. Surgem conceitos importantes face ao conceito principal, por se encontrarem directamente implícitos no mesmo, isto é, consoante os níveis de energia disponíveis no sistema, assim serão as respostas do ser humano aos agentes stressores.

Assim referenciamos o conceito de entropia, cuja direcção do sistema é no sentido da doença, traduzindo-se nas necessidades de energia serem superiores às que o sistema pode disponibilizar. Contrariamente, surge o conceito de negentropia, cuja direcção é o bem-estar, onde os níveis de energia disponíveis ou com possibilidade de ser gerada excedem as necessidades. Considera-a também, como uma condição, em que todas as partes do sistema se encontram em harmonia com o todo, que é o cliente.

Ainda inerente a este conceito, Neuman (1995), aborda-o como bem-estar, cuja definição evidencia a harmonia entre as partes do sistema do cliente, sendo o resultado a satisfação das suas necessidades.

Neste caso concreto o cliente é a família e as intervenções de enfermagem visam ajudar a família no processo de saúde doença do seu familiar no sentido de reorganizar o ciclo de vida familiar e de se adaptar, face às forças de stress decorrente do processo no sentido de chegar à estabilidade, ao bem-estar.

Por este motivo, torna-se pertinente a utilização deste modelo como forma de abordagem ao indivíduo e família. Parece-nos indicado considerar os stressores envolvidos, uma vez que são factores fulcrais no aparecimento, desenvolvimento e manutenção de sintomas desta doença,

opinião que é corroborada por vários autores. Os vários modelos da Vulnerabilidade-Stress da esquizofrenia, relacionam o aparecimento desta doença com factores de stress, essencialmente a nível ambiental, psicossocial e familiar (Townsend, 2002).

O indivíduo enfrenta os seus stressores e recupera o seu estado de viver saudável, confirmando a integridade do sistema. Nele, a importância das intervenções de profissionais, que poderiam ser denominados atores agindo na redução da possibilidade de encontro do indivíduo com o stressor e, no caso desse persistir, tentar-se-ia através de técnicas metodológicas de cuidado à saúde, reforçar a linha flexível de defesa do indivíduo para minimizar a possibilidade de reacção. Ressalta-se que os stressores podem também ser benéficos dependendo de sua natureza, grau e oportunidade e, também, do potencial individual de cada um em transformar o stress em mudança positiva.

No que diz respeito ao conceito de enfermagem, Neuman (1995), define-o como uma profissão única preocupada e em interacção com todas as variáveis que interagem com os clientes no seu ambiente.

### **1.7.2. TEORIA DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS DE HILDEGRAD PEPLAU**

A Teoria das Relações Interpessoais, desenvolvida por Hildegard Peplau em 1952, apoia-se nas correntes dinâmicas e psicossociais e descreve os cuidados de enfermagem como um processo interpessoal terapêutico entre o enfermeiro e a pessoa.

De acordo com a teoria de Peplau (1992), a relação enfermeiro-cliente é a base sobre a qual se estabelece a enfermagem psiquiátrica. É uma relação na qual ambos os intervenientes se reconhecem e identificam o Outro como ser único e importante e da qual resulta uma aprendizagem bilateral. Para que o processo de enfermagem possa ser educativo e terapêutico, o enfermeiro e o cliente devem-se conhecer e respeitar mutuamente, como pessoas iguais, mas com as suas diferenças e procurar e partilhar a solução do problema como objectivo comum.

Este processo permite um entrosamento entre enfermeiro e cliente onde é possível fazer com que ele e a sua família possam desenvolver mudança comportamental e amadurecimento frente aos problemas da doença.

Para Peplau (1992: 5), a enfermagem é “uma relação humana entre uma pessoa que está doente, ou necessitada de serviços de saúde, e uma enfermeira com uma formação especializada para reconhecer e responder à necessidade de ajuda” e tem como foco ajudar as pessoas e a comunidade a produzir mudanças que influenciam de forma positiva a sua saúde.

Os objectivos devem ser estabelecidos de comum acordo entre os clientes e o enfermeiro para que os resultados sejam produtivos para ambos os intervenientes. Os cuidados de enfermagem ocorrem dentro dessa relação, que se estabelece em quatro fases: Orientação, Identificação, Aprofundamento e Resolução; sendo todas estas fases estão sobrepostas, interrelacionadas e que não tem um limite.

1. Orientação: “O doente tem uma necessidade sentida e procura ajuda profissional e a enfermeira ajuda-o a reconhecer e compreender o seu problema e a determinar a sua necessidade de ajuda”.
2. Identificação: “O doente identifica-se com quem o pode ajudar e a enfermeira permite a exploração de sentimentos para ajudar o doente a passar pela doença como uma experiência que reorienta os sentimentos, fortalece as forças positivas da personalidade e fornece a satisfação necessária.
3. Exploração: “O doente tenta retirar toda a valia do que lhe é oferecido através da relação. A enfermeira pode projetar novos objetivos a atingir através do esforço pessoal e de deslocações do poder da enfermeira para o doente, à medida que o doente retarda a gratificação para atingir os objetivos recém-propostos”.
4. Resolução: “O doente coloca gradualmente de parte objetivos antigos e adota novos. Este é um processo no qual o doente se liberta da identificação com a enfermeira”

Segundo Peplau, a pessoa é um organismo vivo, num estado de equilíbrio instável, que luta para atingir um estado de equilíbrio perfeito que não atinge senão na morte. A pessoa é um ser biopsicossocial em constante dinamismo, capacitado para interiorizar a sua situação, nomeadamente transformando a ansiedade em energia positiva (Peplau, 1992).

Os cuidados de Enfermagem são capazes de influenciar a maturidade do indivíduo, pois promovem o desenvolvimento da sua personalidade para a construção de uma vida criativa, construtiva e produtiva para o indivíduo e para a comunidade (Peplau, 1992). Ainda para esta autora a pessoa é única, detentora de inúmeras capacidades e estratégias de aprendizagem e capaz de mudar num sentido positivo.

A comunicação com o outro ajuda o próprio a considerar e a clarificar a sua percepção da realidade e a compreender o outro. Isto envolve um conhecimento/consciência da comunicação verbal e não-verbal utilizada e o significado subjacente a essas comunicações.

É uma das responsabilidades do enfermeiro reconhecer esses fatores e influenciar as comunicações do utente de maneira a contribuir para modos saudáveis de pensamento. A comunicação clara e de suporte é um elemento chave no desenvolvimento da pessoa.

No Modelo de Peplau (1992), Comunicação é “a linguagem media o pensamento”. Pode-se aceder e modificar o pensamento de uma pessoa através de comunicação com outra pessoa significativa. Neste sentido, a autora defende o papel único dos enfermeiros de saúde mental e psiquiatria pois são aqueles que são capazes de conseguir integrar de forma apropriada a abordagem das necessidades físicas e psíquicas num mesmo plano terapêutico, fornecendo educação para a saúde, coordenando os cuidados, supervisionando outras ajudas domiciliárias de saúde e integrando a família e outros elementos significativos nos sistemas de apoio à pessoa.

A saúde é definida como “uma palavra simbólica que implica o movimento, em relação ao futuro, da personalidade e de outros processos humanos em curso na direção de uma vida criativa, construtiva, produtiva, pessoal e comunitária” (Peplau, 1992). A energia humana, derivada de inevitáveis experiências de ansiedade, pode ser transformada para a promoção da saúde ou para comportamentos debilitativos ou de regressão. Os comportamentos de promoção da saúde, tal como foi sugerido por Peplau, são aqueles que facilitam a satisfação de necessidades, autoconsciência e reconhecimento da importância das experiências de vida, incluindo a doença. A saúde ocorre quando a tensão, originada por necessidades não satisfeitas ou tarefas de desenvolvimento não cumpridas, é dirigida em direção a objetivos mais maduros.

O grau de saúde do indivíduo está relacionado com a experiência de ansiedade e com a capacidade de transformar essa ansiedade em comportamentos produtivos e assintomáticos. A saúde é então basicamente assente na manutenção de níveis reduzidos de ansiedade.

Neste modelo, é considerado também o conceito de ambiente. Este está relacionado, primeiramente, com os fatores externos que são considerados essenciais para o desenvolvimento humano. Peplau apresenta as situações interpessoais como microcosmos ambientais onde a saúde pode ser promovida. Interações entre a pessoa e família, utente e enfermeiro são exemplos deste “ambiente” interpessoal.

Peplau (1992), identificou vários sub-papéis relativos ao papel do enfermeiro, de que relevamos o de “estranho”, “pessoa de recurso”, “professor”, “líder”, “substituto” e “conselheiro”.

Estranho - coincide com a fase de identificação, quando ambos são estranhos na relação e a enfermeira aceita o doente como pessoa, sem emitir julgamentos;

Pessoa de recurso - fornece respostas específicas às questões;

Professor- o enfermeiro transporta o conceito de aprendizagem através das técnicas psicoterapêuticas. Implica a capacidade de identificar as necessidades de enfermagem e fornecer ao cliente as informações que este necessita ou solicita como meio para melhorar a sua condição de saúde;

Líder - permite e estimula que o cliente seja um participante activo na elaboração dos planos de cuidados de enfermagem para ele propostos, e que este é o meio para atingir uma liderança democrática;

Substituto - em que as formas de estar e os comportamentos da enfermeira criam modelações de sentimento no doente que reativam os sentimentos gerados numa relação anterior e a enfermeira ajuda o doente a ver as diferenças;

Conselheiro - o enfermeiro valoriza técnicas interpessoais como forma de ajudar os clientes a adaptarem-se às mudanças e dificuldades do seu quotidiano. "O aconselhamento em enfermagem passa por auxiliar o paciente a entender o que se passa consigo na sua situação actual, para que essa experiência possa ser integrada em outras experiências em vez de ser dissociada" (Peplau, 1992: 64). Este sub-papel é o principal do enfermeiro de saúde mental e psiquiátrica.

### **1.7.3. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DE ENFERMAGEM ENQUANTO INSTRUMENTO**

A OE (2007), aludindo ao consenso que existe atualmente relativamente à importância da informação em enfermagem, aponta para a pouca visibilidade dos cuidados de enfermagem nas estatísticas, nos indicadores e relatórios de saúde. Desta forma, a garantia que os sistemas de informação da saúde garantam dados relativos aos cuidados de enfermagem, mais que uma necessidade que, colmatada, viabiliza a descrição e a verificação do impacto dos cuidados nos ganhos em saúde das populações, torna-se num desafio sobre o qual o ICN definiu um conjunto mínimo de normas.

Tal instrumento deverá possibilitar a gestão da informação em qualquer ponto do contínuo máximo/mínimo de dados, facilitando a produção de conhecimento, maximizando a produção automática de indicadores, o desenvolvimento da investigação, a formação, o financiamento, a tomada de decisão a nível político e fomentando uma prática cada vez mais baseada na evidência.

Nesta perspetiva, o sistema de informação e os registos eletrónicos deverão utilizar a CIPE.



A CIPE apresenta-se como uma “terminologia que reflete e representa a prática de Enfermagem e pode ser utilizada para a documentação dos diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem e resultados dos clientes” (ICN, 2011:11).

É consistente com quadros de referência conceituais claramente definidos, não dependendo de um quadro de referência teórico ou de um modelo de Enfermagem em particular. Associada aos sistemas de informação em enfermagem consegue gerar dados fiáveis e válidos acerca do trabalho de Enfermagem. Os resultados dos cuidados prestados podem ser avaliados quanto aos diagnósticos de enfermagem e das intervenções de enfermagem, pelo que dados recolhidos de forma sistemática permitem reunir um conjunto mínimos de dados (ICN, 2011).

A CIPE permite, assim, a construção de enunciados (diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem) utilizando o mesmo referencial taxonómico e resultados de enfermagem, sistemáticos estruturados e sistematizados. Tratando-se de uma terminologia padronizada, constitui um precioso contributo para a obtenção de dados sobre a prestação de cuidados de saúde. Estes podem ser avaliados relativamente aos diagnósticos e às intervenções de enfermagem (ICN, 2011).

Brito (2011) considera que os objetivos das intervenções psicoeducativas familiares em geral têm muito em comum com o que são os focos de atenção da prática de Enfermagem, sobretudo no que respeita ao apoio às pessoas em situação de doença grave e crónica, como é o caso da esquizofrenia. Desta forma, os cuidados de enfermagem pretendem apoiar as pessoas e famílias no seu processo de adaptação à doença, tendo em vista a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das AVD.

Neste processo, a atuação do enfermeiro pretende contribuir para que tanto a pessoa doente como a sua família, aprendam a lidar com os défices ou limitações decorrentes da doença, aumentando o repertório de recursos internos e externos disponíveis para lidar com as inerentes dificuldades (Blair, 1996; Giliss e Knafl, 1999; OE, 2003; Bradshaw et al., 2005). É nesse sentido que, entre os diversos focos de atenção da prática de enfermagem, se incluem especificamente as questões da adesão à terapêutica, da gestão do regime terapêutico e do autocuidado, mas também os focos de atenção que se destinam a habilitar os membros da família para a colaboração no processo de cuidados, como é o caso dos relacionados com a figura do prestador de cuidados, no que respeita ao seu papel e à sua situação de stress. (Brito, 2011)

Interessa perspetivar o processo de enfermagem como o processo de raciocínio clínico dos enfermeiros (Paiva & Silva 2011, cit por Carvalho, 2012) e todas as ações que o enfermeiro

necessita de realizar para obter os dados necessários à formulação de um diagnóstico de enfermagem, porque se circunscreve a um foco de atenção dos enfermeiros, tendo por base as designações adotadas pela CIPE, bem como as intervenções de enfermagem que o enfermeiro poderá implementar no sentido de contribuir para resolução/minimização do problema (Carvalho, 2012).

## 2. PROJECTO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

A metodologia de projecto objetiva a aquisição de competências através da resolução de problemas. É uma metodologia de investigação que procura as respostas para as problemáticas colocadas no contexto de trabalho, comportando-se como uma projeção da mudança.

O Projecto de Intervenção em Serviço assenta nesta metodologia, que se define como um conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de problemas. Através dela, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização do projecto numa situação real.

O trabalho de projecto constitui-se como um conjunto de técnicas e procedimentos que permitem prever, orientar e preparar o caminho que os intervenientes irão fazer ao longo da realização do projeto, centrando-se na investigação, análise e resolução de problemas (Leite et al, 2001, cit por Percursos, 2010).

Baseia-se numa tentativa de intervenção, pelo que se aproxima bastante da investigação-acção. Acontece, desta forma, uma dinâmica entre a teoria e a prática, que permite compreender melhor a realidade da população que é afetada pelo problema em questão, que confere ao projeto uma característica investigativa, produtora de conhecimento. (Teófilo et al, 2010) .

A metodologia de projeto, embora baseada e sustentada por um processo de investigação, é também reflexiva, sistemática e participativa, visando a identificação de problemas e a sua resolução através de ações práticas. É a própria população do projeto que é envolvida como sujeito, o que contribui para conhecer e também poder transformar a própria realidade (Ruivo et al, 2010).

Desta forma, o trabalho de projeto tem como objetivo central a análise e a resolução de problemas, determinando as ações a serem adoptadas e como deverão ser implementadas. O projeto de intervenção que desenvolvemos centrou-se na resolução de um problema detetado na realidade de uma enfermaria, em relação ao qual tivemos a oportunidade de procurar uma resolução no sentido de produzir mudanças.

A metodologia de Projeto divide-se em cinco fases: Diagnóstico de Situação, Definição de Objetivos, Planeamento de intervenções, Execução e Avaliação e Divulgação dos Resultados. Neste trabalho explorámos as etapas de diagnóstico de situação, definição de objetivos e planeamento de intervenções.

## **2.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO**

O diagnóstico de situação visa a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada, ou seja, elaborar um modelo descritivo sobre a qual se pretende actuar e mudar.

Torna-se necessário realizar uma análise integrada das necessidades da população em causa, na perspectiva de desenvolver estratégias e ações, aproveitando os recursos disponíveis de forma a fomentar o trabalho em equipa entre os profissionais de saúde e, simultaneamente, promover a capacidade, motivação e autonomia da população (Teófilo et al, 2010)

O diagnóstico de situação implica o conceito de problema e de necessidade, problema enquanto estado de saúde julgado deficiente e necessidade como a diferença entre o estado actual e aquele que se pretende atingir. Desta forma, implica primeiramente a identificação dos problemas e, posteriormente, a determinação das necessidades.

### **2.1.1. ÁREA DE INTERVENÇÃO (CONTEXTUALIZAÇÃO DO SERVIÇO)**

O Projeto de Intervenção elaborado é direccionado às famílias de pessoas com diagnóstico de psicose esquizofrénica, internados no serviço de Reabilitação Psicossocial de um Hospital Psiquiátrico da região de Lisboa.

O serviço de Reabilitação Psicossocial é uma estrutura de internamento vocacionada à continuação do tratamento e início do processo reabilitativo dos utentes internados, tendo por finalidade a estabilização clínica, a aquisição de competências e a recuperação de autonomia com treino residencial, de forma a evitar a institucionalização ou a possibilitar a desinstitucionalização.

O programa de reabilitação é adaptado a cada utente internado, adotando especificidades próprias:

- a elaboração de um projecto individual de reabilitação com acompanhamento cuidado na sua implementação e reestruturação sempre que necessário (técnico de referência, assistente operacional de referência, enfermeiro de referência, assistente social, terapeuta ocupacional, psicoterapia individual, consulta médica de acompanhamento do processo reabilitativo e reuniões periódicas da equipa multidisciplinar);
- a criação de programas específicos de intervenção muito estruturados e incisivos, dirigidos ao treino de competências básicas de atividades da vida diária, afetivas, sociais e lúdicas;
- Duração no tempo de intervenção (6 meses) em “regime intensivo”;
- Boa coesão/articulação no funcionamento da equipa multidisciplinar.

O programa reabilitativo implementado baseia-se nos princípios gerais de reabilitação psicossocial, visando a promoção da autonomia de pessoas com doença mental, de forma a atingirem o máximo

do seu potencial de funcionamento e qualidade de vida, num ambiente da sua escolha e com o mínimo de intervenção técnica possível.

Cada utente internado tem atribuído um técnico de cada valência disciplinar, um técnico de referência (case manager) que, independentemente da sua especialidade técnica, tem como função a gestão do programa reabilitativo estabelecido em equipa multidisciplinar e a articulação entre os diferentes técnicos, programas e serviços. Esta abordagem de trabalho (técnico de referência) é usualmente utilizada em programas de reabilitação psicossocial, tendo demonstrado ser um modelo favorável para a população com doença mental grave e persistente, evitando a dispersão e a duplicação de trabalho, facilitando a disponibilidade e a proximidade com o doente e viabilizando a continuidade monitorizada do tratamento.

Para avaliação, planeamento da intervenção e monitorização da evolução, utilizam-se vários instrumentos:

- Ficha de Avaliação de Competências;
- Client Assessment of Strengths, Interests and Goals (CASIG);
- Projeto Individual de Reabilitação (PIR);
- Ficha da Área Reabilitativa.

A maioria das pessoas internadas nesse serviço de internamento tem o diagnóstico médico de psicose esquizofrénica (cerca de 90% dos utentes), o que aliás é um factor comum a uma grande parte dos residentes em instituições mentais (OMS, 2001).

O efeito cumulativo da doença é sempre grave e geralmente de longa duração (Kaplan, Sadock & Grebb, 1997), o que aliado ao início precoce da mesma (geralmente no início da vida adulta) e à sua sintomatologia, contribui para que esta seja uma das doenças mais incapacitantes para a população em geral (OMS, 2001).

O Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 evidencia que existe uma reduzida participação de utentes e familiares, uma limitada resposta às necessidades de grupos vulneráveis e uma quase total ausência de programas de promoção/prevenção (CNSM, 2008), apontando que os familiares de pessoas com perturbações mentais devem ser consideradas como parceiros importantes na prestação de cuidados de saúde mental, estimuladas a participar nesta prestação e a receber o treino e educação necessários.

Por outro lado, o Relatório Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007-2016 (RPPARDSMP, 2007) refere que “as intervenções de profissionais dirigidas às famílias, para que estas possam melhor conviver com a doença, para a sua formação e treino e assim, complementarmente, adquirirem reforçada competência para o seu papel de parceiros, podem-se sintetizar-se nos tópicos da informação, educação, psicoeducação, consultoria e aconselhamento”.

O campo de intervenção incide sobre a área da psicoeducação em contexto unifamiliar, com uma orientação cognitivo-comportamental, tendo como objetivo fornecer informações acerca da doença e como lidar com a mesma, de modo a promover a reabilitação psicossocial da pessoa em situação de doença mental.

### **2.1.2. DEFINIÇÃO GERAL DO PROBLEMA E SUA ANÁLISE**

Reconhece-se o papel fundamental da família na vida das pessoas, durante todas as etapas do seu ciclo de vida e, especialmente, em situações de crise, como é o caso do aparecimento de uma doença.

Muito embora se reconheça a importância da família no processo de reabilitação psicossocial, constata-se que os contactos que existem entre esta e os próprios profissionais de saúde são ténues, existindo uma importante lacuna que não facilita o sucesso do tratamento da pessoa com doença mental.

Todos estes aspetos conduziram ao levantamento de diversas questões, entre elas:

- Como é que os familiares lidam com a pessoa em situação de doença mental?
- O que poderá contribuir para que os familiares acompanhem de uma forma regular o seu familiar?
- Qual o contributo que a enfermagem pode dar para minimizar as dificuldades da família?

Cerca de ¼ das famílias têm pelo menos um membro que sofre de uma perturbação mental ou comportamental e as mesmas vêm-se na obrigação de conferir suporte físico e emocional, havendo estudos que demonstram que a carga do peso dos cuidados a um familiar com perturbação mental é substancial (OMS, 2001).

Esta sobrecarga é uma repercussão dos custos económicos, das reações emocionais à doença, do stress face a um comportamento perturbado, da disrupção da rotina doméstica e da restrição das atividades sociais (Lopes, 2007)

Assim, durante a realização dos Estágios respeitantes ao 1º CPLESMP, procuraram-se desenvolver intervenção terapêutica que visassem colmatar os problemas identificados relativamente às famílias dos utentes internados.

Fruto deste ponto de partida, desenvolveu-se (previamente ao PIS) uma intervenção específica e estruturada sobre as famílias dos utentes do serviço de Reabilitação Psicossocial. Perspetivou-se, antecipadamente, uma intervenção familiar de forma a responder às necessidades evocadas pelos utentes, assim como promover e estimular a função de suporte afetivo da rede familiar. Esta intervenção consubstanciou-se na criação e implementação de um grupo de famílias, projeto esse que visou dar suporte aos familiares dos utentes internados no serviço, através da realização de um encontro/sessão de grupo multifamiliar, com a periodicidade de uma vez por mês.

A abordagem privilegia um estilo semi-directivo, aberto à escuta das dúvidas e experiências vividas pelos familiares (função de suporte da família), bem como orientado para objetivos no âmbito da Reabilitação Psicossocial (estímulo da função de suporte prestado pela rede familiar).

Desta forma, nas sessões de grupo multifamiliares valorizam-se temas como:

- O significado que a família atribui à doença mental (promover uma leitura adequada dos sintomas/sinais de crise);
- Impacto emocional da doença mental na família;
- A elaboração da vivência traumática do processo psicótico no seio da família;
- O desenvolvimento da resposta da família ao longo do tempo (a adequação da família a novos papéis);
- A família enquanto fonte privilegiada de conhecimentos/experiências/recordações acerca da pessoa internada;
- A informação clínica relevante a ser partilhada com a família;
- A família com necessidades de ser “cuidada” num setting terapêutico próprio;
- A aprendizagem de modalidades de comunicação interpessoal facilitadoras do bem-estar do utente;
- A tríade utente – família – técnicos.

Desta abordagem às famílias e através do contacto privilegiado mantido com os familiares dos utentes internados no Serviço de Reabilitação, foi constatado que as famílias dos utentes internados visitavam com frequência os mesmos noutros horários. Nessas alturas, os familiares procuram informação relativa ao internamento, bem como esclarecer dúvidas relacionadas com a doença e o modo como se lida com a pessoa com doença mental (mesmo familiares que compareciam às reuniões de famílias).

Apesar da existência de um espaço formal a elas destinado, muitas não compareciam às reuniões (realizadas a uma 4ª feira do mês, pelas 19h) por referirem incompatibilidade com o seu horário laboral ou impossibilidade de se deslocarem ao serviço em função da sua vida pessoal.

Consequentemente, em função desta necessidade manifestada, surge a **prioridade de intervenção** de criação e desenvolvimento de um espaço próprio onde se possa ir de encontro a esta necessidade manifestada pelos familiares dos utentes internados no respetivo serviço. Este espaço consubstancia-se no PIS, de âmbito psicoeducativo, dirigido à família (com orientação comportamental), numa perspetiva **unifamiliar**, de acompanhamento da mesma num programa estruturado em sessões que visem capacitar e empoderar a mesma para lidar com a pessoa em situação de doença mental, o que contribui sobremaneira para o aumento da qualidade de vida do utente e respectiva família.

As intervenções de enfermagem à família pretendem, numa abordagem psicoeducativa, atuar nos problemas atuais desta, através da ajuda em negociar soluções ou adotar novas formas de lidar com os problemas do quotidiano, assim como problemas que advêm da doença, fornecer informações acerca da mesma, proporcionar uma atitude positiva, reduzir o stress familiar, fomentar a importância da medicação no tratamento e fornecer apoio emocional (Díaz, 2001).

## **2.2. PLANEAMENTO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO (PROGRAMA PSICOEDUCATIVO DE ACOMPANHAMENTO ÀS FAMÍLIAS – ABORDAGEM UNIFAMILIAR)**

### **Título do Projeto de Intervenção em Serviço: Parceria em Família – Intervenção Psicoeducativa Unifamiliar**

De referir a realização de uma entrevista informal aos familiares dos utentes que irão participar no programa psicoeducacional, para esclarecimento acerca dos objetivos da intervenção.

O programa engloba um total de 13 sessões, cada uma com uma duração de 30 a 60 minutos (dependendo do módulo em causa e da necessidade manifestada pela família em se desenvolver de forma mais aprofundada determinada questão, abordagem, estratégia, conhecimento,...) cuja periodicidade é quinzenal.

O Programa “Parceria em Família” é articulado com toda a equipa multidisciplinar, no sentido de que esta possa dar contributos positivos no acompanhamento das famílias e respetivos utentes. Particularmente é um programa que será para desenvolver pelos enfermeiros de serviço, pelo que é a estes que se direciona, em grande medida, a necessidade de se envolverem e se inserirem no programa em causa, pois o conceito que subjaz à criação e desenvolvimento deste é o de que o



enfermeiro de referência possa proceder ao acompanhamento das famílias, em função da sessão que se vai abordar com as mesmas.

### **2.2.1. OBJETIVOS**

#### **Objetivo geral:**

- Dotar a família de competências para melhor cuidar da pessoa com doença mental.

#### **Objetivos específicos:**

- Promover a melhoria clínica do utente e da sua vida de relação, social e ocupacional;
- Aumentar a comunicação positiva das famílias com o utente;
- Capacitar a família e utente para a utilização de estratégias de formas de superar as dificuldades;
- Reduzir a sobrecarga (burden) familiar.
- Reforçar da aliança terapêutica entre profissionais e famílias;
- Promover a participação familiar;
- Diminuir factores de stress na relação utente – família.

### **2.2.2. ESTRUTURA DO PROGRAMA**

De acordo com a pesquisa bibliográfica efetuada, com referência a diversos estudos realizados no âmbito de abordagens psicoeducativas e suas vantagens para as famílias “alvo” desse tipo de programas (como referido no enquadramento teórico), bem como de acordo com o Programa de Psicoeducação breve a familiares de pacientes Esquizofrénicos (Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental, 2006) realizado em Guadalajara, Espanha, apoiamo-nos no Programa de Informação sobre a Esquizofrenia (elaborado em Portugal por Adriano Vaz Serra e produzido com o apoio da Sanofi-Synthelabo, 2000) e na própria experiência profissional, nomeadamente com o feedback recebido no grupo de famílias, estruturamos um Programa de Acompanhamento às Famílias dos utentes internados no Serviço de Reabilitação, composto por 13 sessões.

SESSÃO	TEMAS A ABORDAR	RECURSOS
<b>-1-</b> <b>A Doença Mental:</b> <b>Esquizofrenia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os diversos tipos de doença/perturbação mental (transtornos de ansiedade, alterações do humor, perturbações de personalidade, doença psicótica);</li> <li>- O significado da palavra psicose;</li> <li>- Alterações cerebrais (neurais);</li> <li>- Os diferentes tipos de doença psicótica existentes (maníaco-depressivos, esquizofrenia simples, catatónica, hebefrénica, paranoide e residual);</li> <li>- O modo como se diagnostica;</li> <li>- O início da doença;</li> <li>- Factos e mitos sobre a esquizofrenia.</li> </ul>	<u>Humanos:</u> Enfermeiro de Referência <u>Materiais:</u> Sala, possibilidade de método expositivo <u>Tempo:</u> 30 a 60 minutos
<b>-2- Sintomatologia da Esquizofrenia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sintomatologia positiva: (alterações do conteúdo do pensamento: delírios; alterações da percepção: alucinações; alterações da afectividade,...)</li> <li>- Sintomatologia negativa: isolamento, linguagem pobre (circunstancial), apatia, desinteresse, anedonia, abulia e inibição motora.</li> </ul>	Os mesmos
<b>-3-</b> <b>Curso da Esquizofrenia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O início da doença;</li> <li>- Períodos de remissão e de crise;</li> <li>- O modo como a doença afeta os diversos domínios da vida da pessoa com doença mental;</li> <li>- As incapacidades/handicaps que a doença provoca.</li> </ul>	Os mesmos
<b>-4-</b> <b>Causas da Esquizofrenia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A doença como o reflexo de uma multiplicidade de fatores (genéticos, bioquímicos, psicológicos, história de vida, estilo de vida, alterações do ambiente).</li> <li>- A não existência de uma causa exacta mas sim de diversos fatores que se interrelacionam entre si (genéticos, neurofisiológicos, psicológicos e sociais);</li> <li>- A esquizofrenia enquanto doença biopsicossocial.</li> </ul>	Os mesmos
<b>-5-</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A vulnerabilidade como predisposição para a incidência</li> </ul>	

<b>Modelo de Vulnerabilidade, fatores de risco e proteção</b>	e desenvolvimento de sintomatologia psicótica; - A vulnerabilidade enquanto nível de capacidade que um indivíduo tem para suportar diferentes níveis de stress; - A relação vulnerabilidade – stress.	Os mesmos
<b>-6- Como lidar com a crise</b>	- Definição de crise; - Os sinais de alerta antes da crise se instalar; - Estabelecimento de plano de antecipação da crise; - Como procurar ajuda e a quem recorrer.	Os mesmos
<b>-7- A medicação e a sua toma</b>	- As diversas opções terapêuticas a instituir e sua complementaridade; - A medicação como “medida” terapêutica para reduzir a sintomatologia psicótica (e como suporte no nível de vulnerabilidade para fazer frente a situações de tensão de forma mais efetiva); - Os diferentes tipos de medicação (antipsicótica, antidepressiva, ansiolítica, hipnótica, estabilizadores de humor); - Os efeitos da medicação (efeitos terapêuticos e efeitos secundários); - Medicação utilizada para “corrigir” efeitos secundários; - A necessidade da toma da medicação de forma escrupulosa e regular.	Os mesmos
<b>-8- Impacto e vivências perante a doença</b>	- Doença psicótica como acontecimento traumático no seio da família; - A necessidade de encontrar explicações sobre a doença; - O processo de adaptação da família à doença; - A necessidade de promover o reajuste das expetativas perante o seu familiar; - A importância da gestão emocional e da informação sobre comportamento, sintomatologia e estratégias a adotar, etapa a etapa de forma a promover um novo equilíbrio familiar; - A importância de um ambiente compreensivo,	Os mesmos

	adequadamente estimulante e de apoio ao utente.	
<b>-9- Reações da família perante a doença</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A emoção expressa como expressões emocionais excessivas (de hostilidade, criticismo, culpabilidade, intolerância perante a sintomatologia,...);</li> <li>- A noção que um clima familiar de alta emoção expressa propicia a existência de stress crónico (que, por sua vez se comporta como fator de risco e gerador de deficit);</li> <li>- A importância de diminuir a tensão familiar (através do conhecimento sobre a doença e da forma como se comunica com o familiar).</li> </ul>	Os mesmos
<b>-10- A comunicação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A importância da comunicação verbal e da comunicação não-verbal sintónicas;</li> <li>- Princípios para uma comunicação efetiva (expressar ideias de maneira simples e clara, dizer uma coisa de cada vez, escutar ativamente, expressar emoções positivas);</li> <li>- Os sinais que o corpo envia no processo de comunicação (expressão facial, olhar, postura, contacto físico, tom de voz);</li> <li>- A importância da assertividade como estratégia comunicacional adequada.</li> </ul>	Os mesmos
<b>-11- Resolução de problemas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A conversão do “drama” em problema resolúvel: (definir o problema com clareza, realizar lista de possíveis soluções, analisar as consequências de cada solução possível, escolher a melhor solução, desenvolver um plano para levar a cabo a solução escolhida).</li> </ul>	Os mesmos
<b>-12- Promover a mudança na conduta da pessoa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A importância da utilização do reforço positivo como prémio face a uma conduta que se deseja que se repita (e suas implicações na confiança e auto-estima do outro);</li> <li>- A importância do relaxamento (e como o realizar) como estratégia para ajudar a melhorar os processos comunicacionais e comportamentais;</li> <li>- A importância da auto-estima como recurso interno para</li> </ul>	

	lidar com situações adversas e para a promoção da resiliência (e sua importância para gerir emoções desagradáveis como a tristeza, a depressão, o medo e a angústia).	Os mesmos
<b>-13- A discriminação e o estigma</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os conceitos de discriminação e estigma;</li> <li>- O modo como se pode lidar como estigma e a discriminação;</li> <li>- A importância da informação no “combate” ao estigma e discriminação.</li> </ul>	Os mesmos

### 2.2.3 INDICADORES DE AVALIAÇÃO

Face ao programa apresentado, os indicadores devem refletir a mudança das respostas humanas em função de uma situação concreta, pelo que serão utilizados Diagnósticos CIPE e respetivas Intervenções de Enfermagem para substanciarem os mesmos (baseados em focos de atenção da CIPE, segundo Amaral, 2010).

A tabela abaixo propõe possibilidades de Diagnósticos CIPE e respetivas Intervenções, procurando-se desta forma uma correspondência entre as sessões a serem implementadas e a necessidade de se criarem oportunidades de mudança das respostas humanas (que sejam “mensuráveis”).

DIAGNÓSTICOS CIPE	INTERVENÇÕES
<b>Adaptação prejudicada</b> (inexistência de disposição para gerir novo desafio/situação, incapacidade de modificar o estilo de vida ou o comportamento de forma consistente, expressão de incapacidade para se adaptar/gerir novo desafio, inexistência de disposição de adaptação a novo desafio ou situação)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistir na auto-modificação;</li> <li>- Assistir na modificação do comportamento: habilidades sociais;</li> <li>- Promover melhoria do papel na família.</li> </ul>

<p><b>Conhecimento não adequado</b></p> <p>(tipo de conhecimento com as características específicas: conteúdo específico do pensamento com base em sabedoria adquirida ou em informação e competências aprendidas: domínio e reconhecimento da informação)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Facilitar a aprendizagem;</li> <li>- Iniciar educação para a saúde;</li> <li>- Motivar disposição para aprender.</li> </ul>
<p><b>Coping ineficaz</b></p> <p>(tipo de adaptação com as características específicas: disposição para gerir o stress, que constitui um desafio aos recursos que o indivíduo tem para satisfazer as exigências da vida e padrões de papel auto-protetores que o defendam contra ameaças subjacentes que são apercebidas como ameaçadoras de uma auto-estima positiva, acompanhado por um sentimento de controlo, diminuição do stress, verbalização da aceitação da situação, aumento do conforto psicológico)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoiar a tomada de decisão;</li> <li>- Encorajar relação complexa.</li> </ul>
<p><b>Relação disfuncional demonstrada</b></p> <p>(tipo de interacção social com as características específicas: ações de estabelecer ou continuar ligações estáveis ou variáveis com um ou mais indivíduos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Executar treino da assertividade;</li> <li>- Promover melhoria do papel na família.</li> </ul>
<p><b>Stress do Prestador de Cuidados Informal demonstrado</b></p> <p>(tipo de coping com as características específicas: disposições que se tomam para gerir a pressão física e psicológica de um prestador de cuidados que cuida de um membro da família ou pessoa significativa durante longos períodos de tempo; diminuição da capacidade de resolução de problemas em resposta às exigências da prestação de cuidados)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoiar a tomada de decisão;</li> <li>- Promover a melhoria do papel de cuidador.</li> </ul>

Nesta continuidade, Amaral (2010) faz alusão às prescrições de Enfermagem, enquanto intervenções que contêm as atividades a efectuar pelos Enfermeiros (Intervenções baseadas na NIC de 2008, com as alterações necessárias para corresponderem às exigências da construção das intervenções da CIPE versão beta 2 ou versão 1 da língua portuguesa).

Neste sentido, estas poderão ser mobilizadas no sentido de se tornarem importantes indicadores dos Cuidados de Enfermagem que são mobilizados.

<b>PRESCRIÇÃO</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>ATIVIDADES</b>
<b>Apoiar a família ou prestador informal de cuidados (PCI)</b>	Oferecer amparo, apoio e informações a familiar ou pessoa fora do sistema de saúde, para facilitar a continuidade da prestação de cuidados no domicílio, ao utente	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Encorajar a aceitação da interdependência entre os membros da família;</li> <li>- Encorajar o cuidador a assumir responsabilidades;</li> <li>- Ensinar ao PCI técnicas de controlo de stress de modo a manter a própria saúde;</li> <li>- Identificar as dificuldades do papel do cuidador;</li> <li>- Informar sobre a condição do utente.</li> </ul>
<b>Apoiar a tomada de decisão</b>	Facilitar a tomada de decisão do PCI relativa a um cuidado de saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistir na explicação da decisão a outras pessoas;</li> <li>- Informar sobre soluções alternativas.</li> </ul>
<b>Assistir na modificação do comportamento</b>	Ajudar o PCI a substituir um comportamento indesejável por outro desejável, utilizando os pressupostos e técnicas, adaptadas, do modelo de terapia comportamental	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar motivação para a mudança;</li> <li>- Elaborar um programa de mudança comportamental, mediante contrato com o PCI;</li> <li>- Estabelecer ponto de partida para a mudança e determinar limite temporal específico para avaliar o comportamento;</li> <li>- Oferecer reforço positivo à mudança positiva.</li> </ul>
<b>Determinar metas</b>	Estabelecer com o PCI	- Assistir PCI no desenvolvimento de

<b>mútuas</b>	metas de cuidados ou comportamentos, priorizando-as na relação de um plano para as alcançar	expetativas realistas para o desempenho dos seus papéis;
<b>Ensinar o indivíduo (PCI)</b>	Desenvolver, implementar e avaliar um programa de ensino, elaborado para atender às necessidades especiais do PCI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar o estilo de aprendizagem do PCI;</li> <li>- Avaliar o progresso do PCI e domínio do conteúdo</li> <li>- Documentar material escrito, oferecido e apresentado e compreensão do PCI em relação à informação ou comportamentos que indiquem aprendizagem;</li> <li>- Estabelecer a necessidade do programa e credibilidade do formador;</li> <li>- Identificar necessidades de aprendizagem do PCI e objectivos a alcançar;</li> <li>- Oferecer instrução ao PCI;</li> <li>- Planear e otimizar material didáctico às características da aprendizagem;</li> <li>- Promover ambiente que leve à aprendizagem</li> <li>- Providenciar tempo para perguntas e discussão.</li> </ul>
<b>Ensinar sobre o processo de doença</b>	Assistir o PCI na aquisição de conhecimentos, habilidades e equipamentos necessários a uma decisão sobre cuidados de saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar o que o PCI faz para controlar os sintomas;</li> <li>- Analisar mudanças no estilo de vida que podem controlar o processo de doença;</li> <li>- Avaliar nível de conhecimento do PCI sobre a doença;</li> <li>- Descrever ao PCI sinais e sintomas</li> </ul>



		<p>comuns da doença;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Informar PCI sobre o progresso do utente;</li> <li>- Orientar PCI sobre formas de lidar com o utente.</li> </ul>
<b>Executar treino da assertividade</b>	Promover o treino controlado de expressão efetiva e oportuna de sentimentos, necessidades ou ideias	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar e distinguir comportamentos de afirmação e de agressividade-passividade;</li> <li>- Orientar o PCI na prática da assertividade</li> <li>- Promover a expressão de pensamentos e sentimentos, positivos e negativos;</li> <li>- Promover oportunidades para a prática.</li> </ul>
<b>Facilitar aprendizagem ao PCI</b>	Otimizar estratégias e métodos de instrução à capacidade do PCI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oferecer ambiente favorável à aprendizagem;</li> <li>- Ajustar informação de modo a atender ao estilo de vida do PCI;</li> <li>- Encorajar participação activa do PCI.</li> </ul>
<b>Facilitar envolvimento familiar</b>	Motivar a participação da família no cuidado emocional e físico do utente	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistir familiares a identificar as capacidades e dificuldades do utente;</li> <li>- Encorajar os familiares a protegerem as relações familiares;</li> <li>- Encorajar o cuidado por parte dos familiares durante a hospitalização;</li> <li>- Encorajar os familiares a participarem no desenvolvimento do plano terapêutico;</li> <li>- Estabelecer relação de confiança com os familiares;</li> <li>- Identificar a perceção dos familiares quanto à situação, eventos</li> </ul>

		<p>precipitantes, sentimentos e comportamentos do utente;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar e respeitar os mecanismos de coping dos familiares;</li> <li>- Identificar expectativas dos familiares;</li> <li>- Oferecer aos familiares informações essenciais sobre o utente.</li> </ul>
<b>Otimizar assistência familiar</b>	<p>Melhorar o apoio dos familiares do utente, no sentido da manutenção de comportamentos de saúde satisfatórios para todos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar áreas de insatisfação/conflicto;</li> <li>- Determinar as incapacidades específicas relacionadas às expectativas de papel;</li> <li>- Identificar limites familiares;</li> <li>- Oferecer aos familiares reconhecimento positivo;</li> <li>- Promover o relato da história familiar para encorajar a discussão familiar.</li> </ul>
<b>Orientar antecipadamente para a crise</b>	<p>Preparar o PCI para uma crise na evolução positiva dos sinais e sintomas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aconselhar literatura para consulta;</li> <li>- Informar PCI sobre desenvolvimento e comportamento normais;</li> <li>- Assistir PCI a identificar indícios de possível crise;</li> <li>- Instruir PCI sobre técnicas para enfrentar a crise.</li> </ul>
<b>Promover capacidade de Resiliência</b>	<p>Assistir o PCI a desenvolver, utilizar ou maximizar comportamentos de proteção frente a stressores ambientais e sociais</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistir PCI no desenvolvimento de otimismo quanto ao futuro;</li> <li>- Encorajar família a estabelecer regras e consequências para o comportamento do utente;</li> <li>- Encorajar o envolvimento e apoio familiar;</li> <li>- Motivar PCI a ter comportamentos positivos de busca de saúde.</li> </ul>

<b>Promover manutenção do processo familiar</b>	Facilitar e apoiar a família em manter comportamento de apoio ao utente, de forma a minimizar os riscos de rutura familiar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aconselhar a família a facilitar ao utente visitas domésticas (quando adequado);</li> <li>- Assistir família a implementar estratégias de normalização da vida familiar;</li> <li>- Determinar os processos familiares típicos;</li> <li>- Encorajar a visita de familiares (flexibilidade de horários);</li> <li>- Facilitar a comunicação do utente com a família.</li> </ul>
<b>Promover suporte familiar</b>	Encorajar o apoio dos familiares ao utente, atendendo às necessidades da família, seus interesses e metas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistir familiares a identificar e resolver os conflitos;</li> <li>- Determinar carga psicológica do prognóstico para a família;</li> <li>- Encorajar decisão familiar de planear cuidados a longo prazo;</li> <li>- Identificar e diminuir discrepâncias entre expetativas do utente, família e Enfermeiro;</li> <li>- Promover relação de confiança com a família.</li> </ul>

#### 2.2.4. PREVISÃO DE CONSTRANGIMENTOS E FORMA DE OS ULTRAPASSAR

<u>Ponto fortes</u> <ul style="list-style-type: none"><li>- Equipa dinâmica</li><li>- Motivação da equipa para a mudança</li><li>- Recursos humanos com competência para implementar um Programa desta natureza</li></ul>	<u>Pontos fracos</u> <ul style="list-style-type: none"><li>- Escassos recursos humanos (1 Enfermeiro por turno)</li></ul>
<u>Oportunidades</u> <ul style="list-style-type: none"><li>- Consolidação de conhecimentos</li><li>- Emergência de novas competências</li><li>- Melhor acompanhamento às famílias</li></ul>	<u>Ameaças</u> <ul style="list-style-type: none"><li>- Fraca adesão ao Programa por parte das famílias</li></ul>

Fig. 1 - Análise SWOT

É necessário mobilizar os recursos humanos (elemento fundamental para a mudança em qualquer instituição), bem como assegurar que estes têm um bom nível de formação. A formação da equipa de Enfermagem sendo uma mais valia, torna-se também num imperativo, para que se possa fornecer um acompanhamento adequado. Será importante consagrar tempo específico para que a equipa se inteire do Programa, bem como possa esclarecer eventuais dúvidas, para que se sinta apta a intervir.

Por outro lado, outro constrangimento possível será o de assegurar que as famílias se envolvam e adiram ao programa, assegurando a continuidade do mesmo. É importante que os enfermeiros se mostrem motivados e genuinamente interessados, de forma a envolver as famílias no mesmo. Contactá-las telefonicamente, revelando disponibilidade e flexibilidade em recebê-las em função dos seus tempos “livres” será uma estratégia importante a implementar.

### 2.2.5. PREVISÃO DA METODOLOGIA

Os sujeitos deste programa serão os familiares de utentes internados no Serviço de Reabilitação, durante o seu período de internamento.

Os familiares serão contactados telefonicamente para serem informados acerca do programa que terão ao seu dispor e para se agilizar a data do início do programa marcando um encontro prévio para explicar o mesmo.

**CrITÉrios de inclusão:** Ser familiar de utente internado no serviço que tenha o diagnóstico médico de esquizofrenia / psicose esquizofrénica.

**CrITÉrios de exclusão:** Familiares que se recusem em participar ou a colaborar no Programa.

**Procedimento:** Encontros de 15 em 15 dias (flexível), possível encaminhamento para grupo de famílias.

### 2.2.6. PREVISÃO DA AVALIAÇÃO DO PROJETO

Foi realizada uma revisão de literatura durante o mês de setembro de 2014, com base em artigos científicos publicados nos últimos cinco anos. Procurámos seleccionar artigos com elevado nível de evidência científica e grau de recomendação. Desta forma, evidenciamos os resultados esperados associados à intervenção de âmbito psicoeducativo, validando o enquadramento teórico e projetando os ganhos em saúde associados a esta tipologia de abordagem.

Utilizaram-se palavras chave como: *Psychoeducation, Family, Caregiver, Schizophrenia, Outcomes e Nursing*.

Nesta perspetiva destacamos os seguintes:

Hasan; Gallhaghan & Lymn (2014) realizaram um estudo randomizado controlado sobre a avaliação do impacto da intervenção psicoeducativa nos níveis de conhecimento e ganhos psicológicos da pessoa diagnosticada com esquizofrenia e dos seus familiares/cuidadores na Jordânia. Concluíram que cuidar da pessoa com esquizofrenia pode ser stressante para o seu familiar/cuidador e que as intervenções psicoeducativas podem melhorar o conhecimento da pessoa doente e do seu familiar/cuidador relativamente à Esquizofrenia. Ainda que estas intervenções têm um impacto positivo para o paciente nos ganhos físicos e psicológicos, na redução das taxas de recaída e na família/cuidador ao nível da sobrecarga associada ao cuidar e na qualidade de vida.

Tanriverdi & Ekinici (2012) realizaram um estudo para determinar os efeitos da psicoeducação nos familiares/cuidadores da pessoa com esquizofrenia ao nível da sobrecarga. O estudo foi realizado a

31 familiares/cuidadores entre 2007 e 2008. Utilizaram a escala de Zarit que determinou que a psicoeducação fornecida aos familiares/cuidadores tem um importante efeito na diminuição da sobrecarga familiar. Os autores consideram que programas psicoeducativos dirigidos às famílias devem ser adotados como estratégia terapêutica associada ao tratamento a pessoas com Esquizofrenia.

Num outro estudo experimental randomizado-controlado (grupos de controlo experimental com pré e pós teste) realizado por Ozkan; Erdem; Ozsoy & Zararsiz (2013), estes procuraram determinar os efeitos da psicoeducação realizada no internamento clínico e através de follow-up telefónico no cuidador principal da pessoa com esquizofrenia. Utilizaram escalas para avaliar a EE, a depressão e a sobrecarga familiar, tanto no grupo experimental como no grupo de controlo, antes e depois do programa educativo e seis meses depois via follow-up telefónico. Concluíram que o score da EE no grupo experimental teve um significativo decréscimo depois do programa educativo. Para além disso, a gestão da doença, a informação acerca do correto uso da terapêutica e alertas associados, poderão estar envolvidos nos níveis da Emoção Expressa dos cuidadores. O score da depressão dos cuidadores, que era elevado antes do programa, baixou significativamente no grupo experimental após o programa e o follow-up telefónico. O score da sobrecarga familiar do grupo experimental, que era alto antes do programa, reduziu após a psicoeducação e respetivo follow-up. Desta forma, concluíram consistentemente que as intervenções dirigidas ao cuidador diminuíram os níveis de EE, da depressão e da sobrecarga dos mesmos.

Chien & Leung (2013), realizaram um estudo randomizado controlado que testou a eficácia de um programa psicoeducativo (baseado nas necessidades) para os pacientes chineses com esquizofrenia, liderado por enfermeiros. Avaliaram a saúde mental das pessoas com esquizofrenia, o insight perante a doença, a utilização de serviços e a taxa de hospitalização seis meses após a aplicação do programa de psicoeducação. As pessoas sujeitas ao programa tiveram significativas melhorias na sua saúde mental, nomeadamente no insight acerca da doença e tratamento. Concluíram ainda que a taxa de reinternamento teve uma queda significativa. Assim, foi criada evidência de que, um programa psicoeducativo liderado por enfermeiros pode melhorar a saúde mental das pessoas com esquizofrenia.

Numa revisão de literatura realizado por Asmal, Kritzinger, Swartz & Mall, (2011), a respeito da abordagem à família de pessoas com esquizofrenia no contexto da África do Sul, os autores

realçaram que as intervenções familiares em sessões terapêuticas são efetivas na redução de sintomas. Encontraram vários estudos que abordam a adesão à terapêutica, a EE e a psicoeducação, evidenciando esta última quando combinada com farmacoterapia é a escolha mais eficaz de tratamento para a esquizofrenia, melhorando a funcionalidade familiar. Referem que numa meta-análise realizada por Mojtabai, Nicholson e Carpenter, se verifica uma melhoria de 65% quando combinada a psicoeducação com a farmacoterapia em detrimento da abordagem medicamentosa. Ainda referem inúmeros estudos realizados na Europa, Ásia e América desde a década de 80 que dão destaque à eficácia de diferentes intervenções familiares no âmbito da psicoeducação, baseadas na evidência.

Lucksted et al (2012), realizaram uma revisão sistemática em que evidenciam os ganhos associados à psicoeducação familiar a pessoas com doença mental grave. Para além desses ganhos destacam o paradoxo que existe entre a boa evidência relacionada com esses ganhos associados à psicoeducação familiar vs baixa utilização deste tipo de estratégia.

Esta linha de ideias é abordada por Dadich (2009) que através de uma revisão sistemática destacou a importância de se utilizar os resultados da prática baseada na evidência em benefício das pessoas com esquizofrenia e seus familiares. Realça que existe uma significativa lacuna entre a literatura relacionada com a evidência em saúde mental e as pessoas que poderão beneficiar desse tipo de informação, colocando em causa a falta de acesso à informação.

Desta forma, após a análise da revisão da literatura podemos então prever que os resultados que se poderão obter com a implementação do programa Parceria em Família, ao nível dos ganhos em saúde para as pessoas com esquizofrenia e respetivos familiares: maior adesão ao tratamento proposto, conhecimento de sintomas da doença, melhoria da capacidade em lidar com a doença, diminuição da sobrecarga, diminuição do stress familiar e redução do número de recaídas.

Desta forma, interessa abordar os indicadores de qualidade que poderão objetivar e mensurar a atividade de enfermagem e a sua implicação nos ganhos em saúde para a população.

A OMS (WHO, 2006) refere que os indicadores existem (enquanto ferramenta) para garantir uma mensuração quantitativa na lógica da melhoria contínua, garantindo uma base para avaliação, monitorização e melhoria do cuidado prestado. Assim, é uma ajuda importante para os profissionais desenvolverem metas e avaliarem o progresso da melhoria de cuidados. Os indicadores têm vários

objetivos, nomeadamente: documentar a qualidade dos cuidados; comparar a qualidade dos cuidados em diferentes locais e em tempos diferentes; definir prioridades; regulação e acreditação; entre outras.

A OE (2007) aponta como indicador de resultado o grau de satisfação do cliente. Para avaliar a eficácia da implementação do programa psicoeducativo, optar-se-á pela aplicação de um questionário às famílias que participem no mesmo, na altura do follow up.

**- Escala de Avaliação de Satisfação dos Familiares em Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR)- Escala Abreviada** – não validada para a população portuguesa.

Consideramos ser esta uma escala adequada para responder à proposta de avaliação, no sentido que contempla a perspetiva do outro relativamente ao modo como foi a sua experiência associada ao serviço. Muito embora reconheçamos que outro tipo de indicadores são essenciais mobilizar, ao pretendermos aferir a perceção de satisfação de quem é cuidado, procura-se obter dados para a implementação de melhorias associadas ao programa. Por outro lado, ao considerarmos que cuidar das famílias implica uma abordagem sensível, compreensiva e empática, então será pertinente avaliar as suas perceções na lógica dos aspetos que a escala em causa contempla.

A escala de satisfação dos familiares com os serviços de saúde mental avalia o grau de satisfação dos familiares com o serviço de saúde mental. Inclui 8 itens quantitativos, cada um deles contendo respostas dispostas em escala tipo Likert de 5 pontos. Estes itens são utilizados para o cálculo do grau de satisfação dos familiares.

A escala apresenta também três questões qualitativas, que requerem a redação de uma resposta, que fazem parte do questionário e que visam obter informações mais detalhadas sobre os seguintes aspetos: forma de atendimento que o familiar recebeu, o aspeto que o familiar mais gostou em relação aos serviços recebidos e o aspeto que menos gostou.

Para se avaliar o grau de satisfação global dos familiares calcula-se a média das respostas obtidas nos 8 itens quantitativos que compõem a escala. Esta média, que varia de 1 a 5, indicará um grau maior de satisfação dos familiares, quanto mais próxima estiver do valor máximo 5.

Para se calcular o grau de satisfação global dos familiares para com o serviço, basta calcular a média das respostas obtidas para os 8 itens quantitativos da escala. Os cálculos referentes aos sub-factores são os seguintes:

- Grau de satisfação dos familiares em relação aos resultados do tratamento – média das respostas obtidas para as questões 3,4 e 8.



- Grau de satisfação dos familiares em relação ao acolhimento e competência da equipa – média das respostas obtidas para as questões 1,2 e 7.
- Grau de satisfação dos familiares em relação à privacidade e confidencialidade no serviço – média das respostas obtidas para as questões 5 e 6.

Por outro lado, outro indicador de resultado possível, de acordo com a OE (2007) é a Modificações positivas no estado dos diagnósticos de enfermagem (reais), que consiste na relação entre o número total de casos que resolveram um determinado fenómeno / diagnóstico de enfermagem, com intervenções de enfermagem implementadas, e o universo dos que apresentaram este fenómeno / diagnóstico, num certo período de tempo. Consideramos que este indicador concorre para dar resposta a vários diagnósticos de enfermagem possíveis abordados no PIS.

A propósito dos padrões de qualidade, (Sampaio; Sequeira & Lluch-Canut, 2014) referem que, associado aos cuidados do EEESM, poderá tornar-se possível obter indicadores de resultado em Enfermagem mais positivos, em particular ao nível das “Modificações positivas no estado dos diagnósticos de enfermagem (reais)”.

### **Fórmula geral**

N.º de casos que resolveram determinado fenómeno ou diagnóstico,  
e tiveram, pelo menos, uma intervenção documentada, num dado período

---

x100

N.º de casos com este fenómeno / diagnóstico, documentados, no mesmo período

### 3. COMPETÊNCIAS

De acordo com a OE (2004), a competência para o exercício profissional pode ser definida como o conjunto de habilidades cognitivas, psicomotoras e de comportamentos socioafetivos. Esta permite alcançar o nível de desempenho exigido na entrada no mercado de trabalho.

A competência decorre da formação e experiência e, aos enfermeiros, são reconhecidas competências de natureza genérica para a prestação de cuidados de enfermagem ao indivíduo, família, grupo ou comunidade a nível da prevenção primária, secundária e terciária.

Na ótica do enfermeiro especialista, ao lhe serem reconhecidas competências de natureza específica associadas à área de formação e decorrentes do aprofundamento do domínio de competências do enfermeiro de cuidados gerais num campo de intervenção e contexto específicos, existem quatro domínios de competências (comuns) reconhecidas pela OE:

1. Responsabilidade profissional, ética e legal;
2. Melhoria contínua da qualidade;
3. Gestão de cuidados;
4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

O EEESM possui um perfil de competências específicas regulamentadas, que exigem enfoque.

#### 3.1. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL

No seu preâmbulo, o RCEEEESM (Regulamento nº129/2011 publicado no *Diário da República*, 2.<sup>a</sup> série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011), aponta que “as pessoas que se encontram a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental têm ganhos em saúde quando cuidados por enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental (EEESM), diminuindo significativamente o grau de incapacidade que estas perturbações originam”.

Consideramos ser necessário poder contribuir para construção de padrões de qualidade associados à prática profissional do EEESM. Para tal, o percurso realizado com os diversos estágios e a elaboração do PIS contido na construção do relatório do Trabalho de Projeto, pretendem dar visibilidade a possíveis caminhos dos EEESM. Nomeadamente, no que toca à definição de fenómenos/focos de enfermagem concretos que sejam relevantes na sua prática de cuidados e conteúdos específicos associados a intervenções autónomas de enfermagem, no âmbito dos

processos psicoeducativos, mas também psicoterapêuticos, relacionados com a intervenção unifamiliar em familiares de pessoas com esquizofrenia (mas não exclusivamente). Esse caminho pretende ser uma mais valia na constituição de um corpo de informação que se poderá organizar sistematicamente, para a definição de indicadores.

O artigo 4.º, relativo às competências específicas do EEESM, define-as:

**F1. Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto — conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.**

### **Unidade de competência**

F1.1. Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas.

A competência apresentada cruza-se com o veiculado no preâmbulo, onde é evocado que o EEESM desenvolve “um juízo clínico singular, logo uma prática clínica em enfermagem distinta das outras áreas de especialidade (...) O EEESM, para além da mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais.”, na lógica da parceria com o cliente e na perspectiva do aumento do insight e da capacitação do mesmo.

Consideramos que a competência mencionada, assim como a correspondente unidade de competência adquirem fulcral importância para que as intervenções do EEESM possam contribuir para a adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental e impacto da mesma.

No contexto de prestação de cuidados (especificamente em Reabilitação Psicossocial) a presença do outro co-apresenta-se com a nossa própria existência, incluindo a do nosso corpo, organismo e vivências. O alter ego coloca o desafio de termos o nosso ponto de vista mas também o do outro, podendo ir até ao lugar do outro para nos assegurarmos do que ele vê daí, de forma a podermos ver o mundo a partir de uma comunidade inter-subjectiva de semelhantes a nós (Husserl 1929, cit. por Abreu, 1997).

Jaspers aponta que só é possível a intersubjectividade, entender a vida interior dos outros na sua complexidade e subtilidade, na sua génese, na sua diferença e também na sua patologia (seja ela

comunicada explicitamente ou não) como se tivesse de ser adivinhado porque é encoberto; é nesse caminho que se chega à noção de compreensão, ou “intuição do psíquico adquirida pelo interior do psíquico” (Jaspers, 1959, cit. por Abreu, 1997:19).

Para que se possa compreender é necessário co-experienciar, actualizar as vivências do outro dentro de nós, na nossa interioridade. Essa atitude, muito embora possa ser espontânea na presença do outro, precisa de ser desenvolvida, já que depara com vivências complexas e frequentemente dissimuladas.

Assim, é necessário o EEESM possuir uma vivência interior rica, grande disponibilidade e empatia. Necessita também de estar atento a tudo quanto, vindo do outro, se pode tornar significativo: auto-descrições verbais ou escritas, obras produzidas, mímica e postura, pequenos sinais. Todos estes elementos contribuirão para a construção de um “puzzle” que atualiza dentro de si, e cujos nexos em falta descobre na sua interioridade para os pesquisar na interação com o cliente, numa permanente comparação e co-experimentação (Jaspers, cit. por Abreu, 1997).

Phaneuf (2001: 177), diz-nos que “os meios de nos conhecermos a nós próprios são ilimitados e a tarefa nunca está terminada; que a auto-reflexão, a tomada de consciência das diversas estruturas da nossa personalidade e do seu funcionamento, e a retroação dos outros permitem-nos descobrir bastante bem quem nós somos, como somos e o que precisaríamos de fazer para melhor nos atualizarmos (...) a introspecção é o primeiro instrumento do autoconhecimento”.

Temos consciência que este é o ponto de partida, mas também a postura profissional (e existencial) do EEESM, pois tal como nos refere Travelbee, citado por Townsend (2011: 122) “o uso terapêutico de si, é o instrumento para a prestação do processo de enfermagem interpessoal” e que este é “a capacidade de utilizar de modo totalmente consciente a própria personalidade para estabelecer vínculos e estruturar as intervenções de enfermagem”. Para conseguir desenvolver esta competência é necessário crescer no autoconhecimento e na autoconsciência como modo de compreender até que ponto conseguimos de forma efetiva ajudar o outro e perceber como as nossas atitudes são influenciadas pelas nossas crenças pessoais e sistema interno de valores. Desta forma, poderemos aumentar a capacidade de estabelecer relações interpessoais e fomentar a qualidade das mesmas.

Consideramos que a abordagem compreensiva acerca do outro no seu mundo intersubjetivo se comporta como competência ou atributo base para o EEESM. Neste sentido, importa referir Karl Jaspers, que aponta que para entender o outro não importa tanto a realidade objetiva, as coisas em

si que ele vive ou percebe, mas o modo como ele as vivencia e a sua verdade sobre o mundo. (Abreu, 1997). Para o entender é preciso penetrar na sua própria visão, na sua vivência das coisas, mais do que nos juízos sobre a verdade das suas opiniões. Este procedimento atinge diretamente a vivência do outro, centrando-se na vivência das coisas pelo sujeito.

Teixeira (2005) considera que a perspectiva existencial em psicopatologia se desliga deliberadamente das categorias psicopatológicas e das classificações psiquiátricas (Erthal, 1999, cit. por Teixeira, 2005) que fragmentam a totalidade da existência individual. Assim, as perturbações mentais são encaradas apenas como um dos aspectos que, entre outros, se integra na totalidade da existência do indivíduo. As perturbações mentais aparecem com estatuto de expressões parciais das modalidades de construção do seu-mundo. São, portanto, um *modo de existir* que, além disto, constituem uma possibilidade humana universal.

Esta noção mais apurada vai de encontro à competência F1.

Relativamente à competência:

**F2. Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental.**

### **Unidades de Competência**

F2.1. Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente.

F2.2. Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família.

F2.3. Coordena, implementa e desenvolve projectos de promoção e protecção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos.

Consideramos que, para a prossecução das unidades de competência associadas à competência supra, o EEESM necessita, por um lado, de documentação que lhe permite realizar a correta avaliação de saúde mental de forma sistematizada. A Ficha de Avaliação de Competências; o CASIG; o PIR e a Ficha da Área Reabilitativa mobilizadas no Serviço de Reabilitação Psicossocial, comportam-se como instrumentos que dão essa resposta.

Por outro lado, consideramos que a avaliação da repercussão para a saúde mental da interface entre o indivíduo, família, grupo, comunidade ficou patente no relatório e na temática a ele subjacente.

Reconhecemos que intervir com famílias de pessoas com esquizofrenia implica confrontá-las com perdas significativas, com feridas traumáticas, com expectativas defraudadas e sonhos desfeitos ao longo dos anos de experiência de lidar com o outro em situação de doença mental. Implica, por outro lado, reforçar uma ponte que nem sempre está presente nos serviços de saúde, ponte essa que se sólida e sustentada, cativa o outro a percorrê-la no sentido da aproximação, no sentido do cuidar. A necessidade de se desenvolverem estes movimentos de aproximação entre equipa de saúde e família parece-nos tão premente quanto o facto das pessoas confiarem na intervenção terapêutica de quem cuida, mesmo após já terem vivenciado situações anteriores em que se sentiram abandonadas pelas diferentes equipas de saúde com as quais já interagiram.

Intervir terapêuticamente com utentes e familiares implica uma visão abrangente, complexa e multifacetada da vida do outro e das diversas situações de cuidados.

*“o processo de cuidar é uma verdadeira obra de criação artesanal, ou seja, reflectida, amadurecida... não pode ser reproduzida e diz respeito a cada um dos cuidadores no exercício quotidiano do seu ofício, isto é, na interacção que cada um vive com cada paciente em particular”* (Honoré, 2002: 140).

Trata-se pois de um processo que assenta na descoberta de cada um, das suas próprias potencialidades de cuidar numa cooperação com outros profissionais. Estruturar um PIS não foge a esta linha de ideias, pois pressupõe a existência de capacidade criativa “passo a passo”, sem padrões estanques e inertes. Esta dinâmica de actuação entre a prática e a teoria (e a possibilidade de entrar na esfera da investigação-acção) tornaram-se essenciais para que conseguíssemos trilhar o caminho percorrido nos diversos estágios e, talvez mais importante, para que sentisse de forma mais profunda a importância do papel que cada qual poderá desempenhar como fator de mudança e construção de novos saberes teóricos e práticos.

Abrir o pensamento a um projecto de saúde pressupõe *“partir do que é expresso imediatamente, nas práticas, de maneira, por assim dizer, pré-reflexiva e pré-compreensiva, entrar numa relação dialógica para aí a esclarecer o sentido através da compreensão, para enfim trabalhar em todos os lugares da vida, do mais restrito ao mais amplo, a renovação das concepções e das acções”*(Honoré, 2002: 183)

Relativamente à competência:

**F3. Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;**

#### **Unidade de competência**

F3.1. Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade.

F3.2. Identifica os resultados esperados com a implementação dos projectos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental.

F3.3. Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade.

F3.4. Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados.

F3.5. Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental, com o objectivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde.

Relembremos a importância do processo de enfermagem aplicado concretamente ao contexto de prestação de cuidados do EESM. Processo de enfermagem é o processo de raciocínio clínico dos enfermeiros (Paiva & Silva, 2011, cit por Carvalho, 2012) e todas as ações que o enfermeiro necessita de realizar para obter os dados necessários à formulação de um diagnóstico de enfermagem, porque se circunscreve a um foco de atenção, tendo por base as designações adotadas pela CIPE, bem como as intervenções de enfermagem que o enfermeiro poderá implementar no sentido de contribuir para resolução/minimização do problema. (Carvalho, 2012).

A CIPE apresenta-se como uma terminologia que reflete e representa a prática de Enfermagem e pode ser utilizada para a documentação dos diagnósticos, intervenções e resultados dos clientes.

Reconhecemos que os SIE, utilizando linguagem CIPE, permitem recolher dados de forma sistematizada, permitindo reunir um conjunto mínimo de dados imprescindível à definição de indicadores de qualidade que traduzam a prática de cuidados de enfermagem, ganhos em saúde para as populações e favorecendo a criação de padrões de qualidade. Nesta mesma linha, importa salvaguardar os princípios éticos, deontológicos e legais associados à prática de cuidados, bem como perspetivar a ajuda ao outro na lógica da advocacia. Estes pressupostos são particularmente

sensíveis na área da saúde mental, quando toda a evidência reconhece que as questões do estigma podem condicionar autonomia e o papel de cidadania dos utentes e suas famílias.

A Competência:

**F4.Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.**

### **Unidade de competência**

F4.1. Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental. A sistematização de abordagens psicoeducativas no contexto da prestação de cuidados de enfermagem especializados em saúde mental, direccionados à família de pessoas em situação de doença mental grave (esquizofrenia) permite reconhecer a necessidade de se elaborarem respostas estruturadas e que traduzam as intervenções dos enfermeiros nesta área tão específica e tão relevante para a população, na perspectiva de se poderem obter ganhos em saúde que possam ser mensuráveis e objectivos.

Temos consciência que objetivar estes ganhos em saúde poderá ser um desafio que implique consensos ao nível do corpo de enfermeiros e de políticas e orientações associadas ao modo como os saberes teóricos e práticos dos EEESM deverão ser otimizados e o registo em enfermagem o mais sistematizado, unificado e explícito possível.

A construção de um programa de psicoeducação dirigido às famílias (Parceria em Famílias – Intervenção Psicoeducativa Unifamiliar) aquando da realização do PIS permite evidenciar as possibilidades desta tipologia de abordagem. Desta forma, a metodologia do projeto utilizada procurou dar resposta à necessidade de resolução de um problema real associado à vida profissional do formando, nomeadamente a ausência de um programa estruturado adaptado às necessidades dos familiares. A revisão da literatura ajudou à construção da proposta para o programa nos seus diversos conteúdos e complexidades temáticas associadas, considerando que os aspetos psicoeducacionais não se remetem unicamente à transmissão de informação. Ainda mais relevante se torna, tendo em consideração que as intervenções psicoeducativas estão



associadas a resultados positivos, incluindo diminuição dos sintomas associados à patologia, menor tempo entre episódios agudos da doença, melhoria da qualidade de vida e auto-estima, melhoria do conhecimento acerca dos recursos disponíveis, melhoria do clima familiar e aumento na adesão e satisfação geral com a medicação e tratamento (como amplamente referido no relatório).

A proposta de programa psicoeducativo considera e procura abarcar em si os **critérios de avaliação** associados à competência em causa:

F4.1.1. Fornece antecipadamente orientações aos clientes, para promover a saúde mental e prevenir ou reduzir o risco de perturbações mentais.

F4.1.2. Implementa intervenções psicoeducativas para promover o conhecimento, compreensão e gestão efectiva dos problemas relacionados com a saúde mental, as perturbações e doenças mentais.

F4.1.3. Ensina os clientes, pessoas significativas e família, acerca dos efeitos desejados e dos potenciais efeitos adversos das opções terapêuticas (farmacológicas e não farmacológicas).

F4.1.4. Educa e ajuda o cliente na avaliação do uso de alternativas terapêuticas complementares adequadas.

F4.1.5. Presta apoio sistematizado às famílias de pessoas com doenças mentais graves e crónicas através de intervenções psicoeducativas uni e multifamiliares, incluindo a organização e condução de grupos psicoeducacionais para pessoas com doença mental e famílias.

F4.1.6. Apoia famílias de pessoas com doença mental grave, incentivando a organização de grupos de ajuda que o incluam, assim como à família.

F4.1.7. Demonstra sensibilidade e habilidade na abordagem de assuntos tais como: sexualidade, abuso de substâncias, violência, comportamentos de risco e outros.

F4.1.8. Analisa o impacto dos sinais e sintomas psiquiátricos na habilidade e disponibilidade para aprender e planeia abordagens de acordo com a situação.

F4.1.9. Considera a disponibilidade para melhorar o auto cuidado e comportamentos de saúde quando se está a ensinar pessoas com problemas de saúde mental e doenças psiquiátricas.

F4.1.10. Promove a adesão ao tratamento em pessoas com perturbação ou doença mental, com particular preocupação na doença mental grave ou de evolução prolongada.

Relativamente às Unidades de competência:

F4.2. Desenvolve processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação.

F4.3. Promove a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais.

Relativamente a estas duas últimas unidades de competência, os conceitos subjacentes da intervenção psicoterapêutica e reabilitação psicossocial estão articulados com todo o programa proposto e toda a metodologia adotada.

No modelo de reabilitação psicossocial o enfermeiro de referência incentiva a pessoa em situação de doença mental a delinhar o seu próprio projeto de vida, permitindo-lhe que seja o sujeito da mudança.

O enfermeiro tem por objetivo, assistir a pessoa na realização das suas escolhas na perspetiva da reabilitação e do recovery (Barker & Buchana-Barker, 2008). Desta forma, o EEESM deve desenvolver competências na área da relação interpessoal da comunicação e da relação de ajuda. Sequeira (2006), aponta que o enfermeiro deve desenvolver o seu saber ser e saber estar, tanto com o próprio, bem como na relação com o outro pois estes fatos constituem os alicerces da relação terapêutica, indispensáveis à prática do cuidar em saúde mental.

Os processos psicoterapêuticos resultam da aliança terapêutica que segundo Chaliffour (2008), exige capacidade de abertura e de conhecimento de si e de reconhecimento da forma como estes processos são expressados, negados, deturpados ou recusados no profissional e na pessoa. Associado ao conceito de aliança terapêutica, o aconselhamento é um processo de ajuda (Amaral, 2002) de natureza integrada que envolve princípios de ordem dinâmica, fenomenológica e existencial.

Patterson & Eisenberg (1988) consideram-no como:

- uma experiência que visa ajudar pessoas a planear, tomar decisões, lidar com as pressões da vida e crescer, visando adquirirem maior auto-confiança;
- um processo interativo, caracterizado por uma relação única entre conselheiro e cliente, que leva este último a mudanças em uma ou mais das áreas.

Para este autor, a teoria centrada no cliente de Rogers abriu novas e interessantes perspectivas de aconselhamento. O campo de acção do aconselhamento e o modo de nele trabalhar são ecléticos, flexíveis e convenientemente pessoais. Afirmando o seu pendor dinâmico, a acção do aconselhamento foi-se, progressivamente, centrando na pessoa do cliente, na relação cliente /conselheiro e no resultado desse processo.

As metas do aconselhamento prendem-se em facilitar ao cliente a obtenção de maior auto-conhecimento e auto-realização como pessoa (Rosenberg, 1987 cit. por Amaral, 2002). Tem como objetivo encorajar a expressão dos afetos do cliente bem como a organização coerente do seu pensamento, evitando desvios ao problema apresentado e ao seu foco.

Isto vai implicar da parte do cliente, a aprendizagem de comportamentos adaptativos qualitativamente superiores e a aquisição de competências próprias que lhe permitam fazer escolhas que passem a parecer-lhe as mais autênticas.

Desta forma, o aconselhamento centra-se nas potencialidades da pessoa, bem como nos seus aspectos psicologicamente saudáveis. *“Atento ao pedido do cliente, o aconselhador trabalha apenas os processos conscientes, prestando ajuda e apoio em função do(s) problema(s) apresentado(s) no aqui e agora (...) a qualidade dessa relação torna-se educativa e preventiva, uma vez que conduz ao desenvolvimento e à maximização dos recursos pessoais do cliente, potenciando a redução das suas discordâncias psicológicas.”* (Amaral, 2002:27-28).

De realçar que a fenomenologia se constitui num forte suporte para a análise das vivências significativas, onde se movem as interpretações e visões do mundo, quer de aconselhados, quer de aconselhadores. Interessa o modo como cada qual vivencia as coisas e não tanto o que elas são em si mesmas (Amaral, 2002).

Estas vivências fenomenológicas consistem no que cada um contrói para si próprio, sendo que a subjectividade individual confere uma importância absoluta na relação de ajuda. Desta forma, a tomada de consciência da própria existência permite chegar à máxima existencialista que “o homem não é nada mais do que aquilo que faz de si”.

## **3.2. COMPETÊNCIAS DO MESTRE EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSQUIATRIA**

Com a realização do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, e dando resposta às exigências do Decreto-lei 74/2006 para este ciclo de formação, é expectável que se desenvolvam um conjunto de competências de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental associado ao conhecimento aprofundado no domínio especializado da área em estudo, onde se demonstrem níveis elevados de julgamento clínico e de tomada de decisão face à necessidade de os indivíduos se adaptarem aos processos de saúde e doença.

Assim, as competências a desenvolver no sentido de assegurar o Mestre em Enfermagem são:

### **1. Demonstra competências clínicas específicas na concepção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem:**

- a) realize avaliações exaustivas do indivíduo, das famílias e das comunidades, em situações complexas;
- b) sintetize e analise criticamente os dados das avaliações para uma tomada de decisão segura;
- c) diagnostique e gira problemas e condições de saúde;
- d) prescreva intervenções de enfermagem geral e especializada;
- e) inicie e coordene a educação de indivíduos, famílias e comunidades para proteger e promover a sua saúde e prevenir doenças;
- f) referencie e receba referência de doentes e famílias, para assegurar a continuidade dos cuidados;
- g) avalie a prática para assegurar serviços de saúde profissionais, éticos, equitativos e de qualidade.

Na nossa perspectiva, a necessidade de aprofundar o conhecimento relativamente às áreas de intervenção com relevância para a prática de enfermagem no domínio específico do PIS, possibilitará a construção de um corpo próprio de indicadores de enfermagem através do resumo mínimo de dados, com implicações ao nível da prática de cuidados, da tomada de decisão a vários níveis (gestão dos serviços, decisões políticas,...).

Também o desenvolvimento do EEESM como enfermeiro com capacidade clínica de implementar o processo de enfermagem nas suas várias etapas, com base na avaliação, levantamento de problemas/diagósticos assentes nos focos/fenómenos de atenção com relevância para a prática de enfermagem, implemente um plano de cuidados que se traduza no levantamento de intervenções específicas dentro da sua área de competência profissional, carece ser continuamente aprofundado, salvaguardando-se os princípios éticos, legais e deontológicos da profissão. O EEESM com competências de Mestre em Enfermagem gere processos específicos e especializados de prescrição de cuidados de enfermagem (pelo seu aprofundado juízo clínico) que levará a cabo ou trabalhará com a equipa para que esse objetivo seja cumprido.

Nesta perspetiva emerge o conceito de supervisor clínico como o enfermeiro que é perito na sua área de especialidade, com formação pedagógica que lhe permita acompanhar e orientar alunos ou colegas menos experientes, no sentido de desenvolver nestes competências pessoais e profissionais, promovendo a reflexão sobre as práticas, o sentido crítico e uma sensibilidade ética e de relação de ajuda. Tudo isto se traduzirá na segurança do cliente, na qualidade dos cuidados prestados e na creditação da instituição como prestadora de serviços de qualidade.

Existem actualmente estudos que comprovam a importância da supervisão clínica de enfermagem, na qualidade dos cuidados prestados. Assim, Garrido (2005) elaborou um estudo onde os enfermeiros inquiridos consideraram que a supervisão contribuiu para a sua eficiência e eficácia profissional, referindo como contributos fundamentais por ordem decrescente:

- 1º Orientação profissional
- 2º Reflexão sobre práticas e orientação
- 3º Análise crítica construtiva sobre as práticas
- 4º O supervisor como referência e exemplo profissional
- 5º Conhecimentos científicos profissionais do supervisor
- 6º Reforços positivos
- 7º Contribuição para autonomia e segurança.

Desta forma, reconhecemos a prática da supervisão clínica como veículo promotor do desenvolvimento do supervisionado e do supervisor, que contribui para o crescimento da profissão.

Garrido (2005), refere que a supervisão clínica é um processo de colaboração que ajuda os profissionais a desenvolver competências pessoais e profissionais. Neste conceito, uma pessoa mais experiente e bem informada presta ajuda aos outros no seu desenvolvimento humano e profissional.

Assumimos a importância deste conceito como fulcral na elaboração do PIS na medida em que se perspetiva dotar os pares de competências para a abordagem psicoeducativa na continuidade dos cuidados. Desta forma, a supervisão clínica deverá considerar toda a equipa de enfermagem do serviço de reabilitação na perspetiva do supervisor como facilitador da aprendizagem. O desafio é desenvolver competências no supervisor e restante equipa, pelo questionamento da prática e reconhecendo oportunidades de melhoria que possam surgir. Para tal, deverão estar presentes dimensões de competências cognitivas, comunicacionais, relacionais, sociais e pedagógicas, essenciais no supervisor (Garrido & Simões, 2007).

## **2. Realize desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas:**

- a) identifique os seus próprios recursos pessoais, ajustando as necessidades de formação ao seu próprio projecto pessoal/profissional;
- b) valorize a auto-formação como componente essencial do desenvolvimento

Esta competência vai ao encontro da primeira competência de EEESM, uma vez que trabalha a área do autoconhecimento. Durante a obtenção do título de EEESM, esta competência foi bastante desenvolvida. Importa referir que a especialidade e mesmo o mestrado poderão ser importantes “rampas de lançamento” para a aquisição de novas competências auto-formativas (por exemplo, técnico de aconselhamento, terapeuta familiar, psicoterapeuta...) na área tão específica e sensível da saúde mental.

Nesta perspetiva, importa abordar Josso e as experiências de vida e formação, pela sua abordagem durante este percurso realizado (PG, CPLEESMP, MESMP). Josso (2004) opta por uma metodologia que reivindica e cria espaço para legitimar “à mobilização da subjetividade como modo

de produção do saber e à intersubjetividade como suporte do trabalho interpretativo e de construção de sentido para os autores dos relatos” (Josso, 2004: .23)

A autora considera que a experiência se torna formadora quando a perspectivamos sobre o ângulo da aprendizagem (distinguindo experiência de vivência – as experiências assim se tornam a partir do momento em que se realiza um certo trabalho sobre o que se passou, foi observado, sentido e vivido) (Josso, 2002). Considera que o processo de elaboração de vivências em experiências permite o alargamento do campo de consciência, mudança, criatividade, autonomização e responsabilização.

As experiências *a posteriori* e as experiências *a priori* são assim construídas e constituem-se como parte da nossa história de vida, sendo que as experiências *a priori* se distingue das outras no sentido que ela começa por aquilo que precedentemente foi formalizado, nomeado ou simbolizado, pondo-se em jogo num cenário de observação de práticas de conhecimento (Josso, 2002).

O procedimento de história de vida que implica a produção de relatos de vida centrados na reconstrução da história da formação de alguém é uma abordagem que alterna tempos de trabalho individual e tempos de trabalho em grupo articulados a uma leitura de relatos com olhares cruzados. (2006).

Josso (2006) refere que enquanto os nós da nossa história se tornam conscientes, criamos um saber existencial e um espaço físico que nos podem ajudar a realizar o que é necessário para desatar os laços que entravam nosso caminhar. Nesse trabalho interior de posicionamento instaura-se um elo particular consigo mesmo, para revisitar o passado tal como ele reemerge no contexto biográfico presente e tal como ele é alimentado pela partilha e pela reflexão intersubjetiva sobre os diferentes registros da formação ao longo da existência.

O trabalho biográfico consiste em fazer reemergir as lembranças pertinentes à vista do questionamento que orienta esse trabalho, para alcançar um momento charneira de reconstrução de quem faz história no percurso de vida relatado. É o momento em que se trata de compreender como essa história se articula como um processo — o processo de formação — que pode ser apreendido mediante as lições das lembranças que articulam o presente ao passado e ao futuro. O processo é pôr-se a caminho, nessa busca de compreensão de si, de componentes da nossa história, de tomadas de consciência do que nos move, nos interessa, nos guia, nos atrai. É o trabalho biográfico propriamente dito que estabelece uma consciência e uma presença de si muito desenvolvidas que permitirão, talvez, continuar a viagem (após o processo) um pouco melhor

equipado para 'ver' a tempo os cruzamentos do caminho, as oportunidades, os desafios imperdíveis. (Josso, 2004)

Consideramos esta perspetiva bastante enriquecedora no contexto das competências de MESMP, nomeadamente nas questões do autoconhecimento e da formação, mas também pela necessidade deste se comportar como supervisor clínico/gestor de cuidados/formador de pares.

### **3. Integre equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva:**

- a) aplique os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a sua área de especialização;
- b) conheça os conceitos, fundamentos, teorias e factos relacionados com as Ciências de Enfermagem e suas aplicações, nos diferentes campos de intervenção;
- c) sirva como consultor para outros profissionais de saúde, quando apropriado;
- d) faça gestão de casos quando aplicável;
- e) trabalhe em colaboração com entidades ou organizações de saúde pública, profissionais de saúde e outros líderes comunitários relevantes e/ou agências para melhorar a saúde global da comunidade.

Nesta competência, o MESMP aplica os seus conhecimentos e capacidade de compreensão e de resolução de problemas em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com o acompanhamento psicoeducativo a famílias de pessoas em situação de doença mental (esquizofrenia).

No serviço de reabilitação onde decorreu o estágio, a cada utente proposto para integrar o programa de reabilitação, é efetuada uma avaliação por um grupo multidisciplinar de técnicos do serviço, com o objectivo de avaliar as capacidades, objectivos de vida e motivação para a mudança. Proceda-se, assim, a uma avaliação cuidada e individualizada de cada utente seleccionando aqueles com critérios para inclusão em programa de reabilitação, cuja perda de autonomia se considera potencialmente recuperável, sendo o objetivo final a sua desinstitucionalização pela reinserção sócio-familiar ou integração noutras respostas da rede de cuidados continuados de saúde mental.



Cada utente internado tem atribuído, no seio da equipa, um técnico de cada valência. Tem igualmente atribuído um técnico de referência (*case manager*) que, independentemente da sua especialidade técnica, tem como função a gestão do programa reabilitativo estabelecido em equipa multidisciplinar e a articulação entre os diferentes técnicos, programas, serviços. Esta abordagem de trabalho (técnico de referência) é usualmente utilizada em programas de Reabilitação Psicossocial tendo demonstrado ser um modelo favorável para a população com doença mental grave e persistente, porque permite centrar a atenção na pessoa de uma forma otimizada, evitando a dispersão e a duplicação de trabalho, facilitando a disponibilidade e a proximidade com a pessoa e viabilizando a continuidade monitorizada do tratamento.

A gestão de caso é definida como um processo que articula participações técnicas individualizadas e colaborativas para o diagnóstico, planeamento, facilitação, implementação, coordenação, monitorização e avaliação de opções e serviços destinados a responder às necessidades de pessoas mais vulneráveis e com necessidades complexas e crónicas de saúde, utilizando a comunicação e os recursos disponíveis para produzir qualidade em cuidados de saúde (Mullahy & Jensen, 2004, cit por Lopes, 2012). Ainda se pode dizer que se perspetiva como um processo assistencial inerente ao grupo de enfermagem, na medida em que estes possuem conhecimentos clínicos, olhar holístico, são defensores dos direitos dos utentes e detêm um amplo conhecimento sobre os papéis de outros profissionais de saúde. São assim considerados os profissionais com maior predisposição para o desempenho do papel de gestor de caso (Gonzales et al, 2003).

Ainda importa referir que a gestão de caso remete para dois pontos fundamentais e por vezes antagónicos: a melhoria da qualidade dos cuidados prestados a populações vulneráveis e controlo dos custos inerentes a esses cuidados (Newell, 1996, cit por Gonzales et al, 2003). Reconhecemos que a área da reabilitação psicossocial é muito específica e a sua população alvo é extremamente vulnerável, sendo a estratégia de gestão de caso uma mais valia desde que o gestor seja perito. Espera-se que este realize análise do processo de cuidados no intuito de verificar variações na evolução do processo reabilitativo, mobilize recursos disponíveis para dar resposta aos interesses dos utentes e suas famílias e encaminhe os mesmos para os recursos apropriados existentes na comunidade.

**4. Aja no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos:**

- a) selecione os meios e estratégias mais adequados à resolução de um determinado problema, de forma fundamentada;
- b) avalie os resultados, em ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem e da perspectiva das repercussões em sentido ético e deontológico.

O juízo clínico e a construção e implementação da tomada de decisão por parte do Mestre, de forma aprofundada, coerente e sustentada, necessita de afirmação/confirmação a nível da definição de padrões de qualidade na prática clínica de enfermagem.

Os padrões de qualidade na prática clínica de enfermagem perfilam-se como “a sistematização de uma ação em resposta a uma necessidade em cuidados de saúde de uma pessoa, família ou comunidade, num determinado contexto e num determinado momento, que traduza a intervenção mais efetiva, de acordo como os dados disponíveis no momento da sua prescrição e execução. O padrão significa uma estrutura mínima do que é expectável, desejável, e qualidade significa boa prática, ou seja, a melhor prática de acordo com a evidência disponível.” (Sampaio; Sequeira & Lluch-Canut, 2014).

Os mesmos autores referem ainda que, na ação profissional dos enfermeiros é fundamental definir as áreas de intervenção autónomas e partilhadas entre os enfermeiros de cuidados gerais/enfermeiros especialistas e entre os enfermeiros/outros profissionais. Face a cada situação/contexto é necessário consensualizar os dados mínimos que nos permitem enunciar determinado diagnóstico; quais os instrumentos de avaliação/escalas que devem ser utilizados, quais os critérios para a utilização de determinados instrumentos.

No domínio das intervenções os padrões de qualidade devem, entre outros, garantir a relação entre as intervenções e os diagnósticos, identificar as intervenções que revelam maior efetividade terapêutica; descrever quais as atividades que concretizam cada intervenção (conteúdo que cada intervenção deve incorporar) e identificar os processos que devem nortear as intervenções, quais os procedimentos, qual a melhor forma de implementar uma determinada intervenção, pois em saúde mental, a forma pode ser determinante para a efetividade da intervenção (Sampaio; Sequeira & Lluch-Canut, 2014) .

Consideramos que, relativamente aos padrões de qualidade, interessa que se discuta a questão dos critérios associados ao levantamento de determinados diagnósticos de enfermagem (os seus focos e respectivos juízos devem traduzir uma definição do perfil de competências do EEESM). Relativamente às questões relacionadas com a Terapia Familiar Comportamental, importa pois clarificar “pré-requisitos” que devam ser contemplados, associados à construção do processo de enfermagem na lógica dos padrões de qualidade, desde a avaliação inicial/colheita de dados, que permitam alavancar a problemática da TFC. Esta é associada a diagnóstico(s) concreto(s) de enfermagem, de intervenções específicas, de resultados concretos e geradora de indicadores específicos. Desta forma, o EEESM poderá em função do seu perfil de competências e da avaliação inicial que realiza e que traduz o seu pensamento clínico e juízo crítico associado aos cuidados de enfermagem, “gerar” ganhos em saúde, podendo-se assim definir um padrão de qualidade associado a esta tipologia de abordagem.

Consideramos também, que as intervenções de enfermagem devam designar em si os arquétipos associados às possibilidades de registo que se poderão levar a cabo e que traduzam o “conteúdo” da intervenção (no caso de TFC). A sistematização de arquétipos comporta-se como uma importantíssima ferramenta, na perspetiva da uniformização do registo (e da orientação ou fio condutor ou pedagogia da intervenção em causa). Por outro lado, a salvaguarda da continuidade de cuidados está implícita como vantagem associada aos arquétipos para registo dentro de cada intervenção de enfermagem. No caso do programa concetualizado PIS: “Parceria em Família”, os arquétipos poderão ser a informação associada ao ponto 3.2.2 do relatório “Estrutura do Programa”, nomeadamente a informação de cada uma das sessões, num total de treze, e dos temas a abordar em cada uma delas (sempre salvaguardando um campo de escrita livre associado a cada sessão, para se poder, em “escrita natural” registar dados específicos e contextualizados relativos à sessão em causa).

Colocamos então as questões que se seguem como mote para um debate que possibilite consensualizar a utilização de critérios e linguagem comum: Esses pré-requisitos poderão ser uniformizados e consensualizados pelos EEESM? Pelo respetivo colégio de especialidade? Quais os focos de enfermagem que se poderão consensualizar no sentido de traduzir esta tipologia de abordagens? A tipologia de possíveis indicadores (de resultado, epidemiológicos, de processo,...) deverá ser emanada pela Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente pelo Colégio de Especialidade, de forma a comportar-se como linha orientadora e reguladora da prática profissional e, consequentemente, dos indicadores que advém da mesma?

Se considerarmos que estes indicadores são essenciais (aludindo à realidade socio profissional, a conjuntura do SNS no que respeita ao seu financiamento,...) então importa igualmente referir que o resumo mínimo de dados de enfermagem associado a esta tipologia de abordagem especializada deverá ser consistente, coerente e rigoroso. Para tal, não nos poderemos desviar do processo de enfermagem nas suas várias etapas/fases e da informação registada associada ao mesmo.

Reconhecemos a importância de se dar resposta aos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros visam explicitar a natureza e englobar os diferentes aspectos do mandato social da profissão de enfermagem. Pretende-se que estes venham a constituir-se num instrumento importante que ajude a precisar o papel do enfermeiro junto dos clientes, dos outros profissionais, do público e dos políticos (OE, 2001). Realçamos que a elaboração do presente relatório teve como pano de fundo a preocupação latente de poder ir de encontro a estes enunciados descritivos, sendo eles a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem.

Consideramos que é a construção de padrões de qualidade com indicadores objetivos (daí a necessidade da definição de critérios) que permitirá objectivamente conferir visibilidade ao trabalho diário de prestação de cuidados de enfermagem.

#### **5. Inicie, contribua para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência:**

- a) analise, conceba e implemente resultados de investigação e contributos da evidência para a resolução de problemas, com especial ênfase nos que emergem da área dos estudos especializados, considerando os aspectos sociais e éticos relevantes;
- b) use capacidades de investigação apropriadas para melhorar e fazer evoluir a prática.

O PIS “Parceria em Família” assenta na Metodologia de Projecto, que se define como um conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de problemas. Através dela, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização do projecto numa situação real.

O trabalho de projecto constitui-se como um conjunto de técnicas e procedimentos que permitem prever, orientar e preparar o caminho que os intervenientes irão fazer ao longo da realização do projecto, centrando-se na investigação, análise e resolução de problemas (Leite et al, 2001, cit por Percursos, 2010).

Baseia-se numa tentativa de intervenção, pelo que se aproxima bastante da investigação-acção. Acontece, desta forma, uma dinâmica entre a teoria e a prática, que permite compreender melhor a realidade da população que é afectada pelo problema em questão, que confere ao projecto uma característica investigativa, produtora de conhecimento. (Teófilo et al, 2010) .

Procurámos com a elaboração do presente trabalho, recorrer à evidência em função da revisão de literatura realizada, respeitante à temática da psicoeducação, procurando articular este conceito com a enfermagem nos seus modelos teóricos. Simultaneamente, mobilizámos alguns assuntos que estão na ordem do dia no que toca aos indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem, área que consideramos ser merecedora de investimento por parte dos peritos.

Benner (2001), realça que o exercício da enfermagem é um todo integrado que requer que o profissional desenvolva carácter, conhecimento e competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática. Baseando-se no modelo de Aquisição de Perícia de Dreyfus, a autora explicita que é pela experiência que o enfermeiro adquire e desenvolve uma competência, passando por cinco níveis sucessivos de proficiência: principiante, principiante avançado, competente, proficiente e perito. Ao adquirir-se uma competência, esta implica três aspetos de mudança: a passagem de uma confiança em princípios abstratos (normas) à utilização de uma experiência concreta passada, a modificação da maneira como o formando se apercebe de uma situação (como um todo) e a passagem de observador desligado para executante envolvido.

Neste seguimento, o principiante limita-se a cumprir regras. O principiante avançado, apesar de já possuir alguma experiência revela-se incapaz em ir além das regras e orientações para a ação. O competente, já adquiriu alguma experiência vendo as suas ações em função de objectivos de longo alcance que se baseiam na avaliação consciente, abstrata e analítica dos problemas. O proficiente, tem uma perceção global das situações e é conduzido por máximas, através da capacidade de abstração a partir da sua própria prática. O perito, abdica dos princípios analíticos (regras, diretrizes), passando a perceber a situação intuitivamente e como um todo, focando a sua atenção sobre o essencial e agindo com base no conhecimento profundo da situação.

O percurso realizado até ao momento do presente trabalho de projeto (e do respectivo PIS), contribuíram para desenvolver competências clínicas especializadas relativas a um campo de

intervenção, culminando no desenvolvimento das competências de especialista/mestre de saúde mental.

**6. Realize análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular.**

Na realização do PIS “Parceria em Famílias” seguimos a metodologia de trabalho de projeto. Nele efetuamos o diagnóstico de situação onde evidenciamos a situação-problema identificado, elaborando um modelo descritivo sobre o qual nos propusemos a atuar e modificar. Nesta etapa assumimos o conceito de problema enquanto estado de saúde julgado deficiente e necessidade como a diferença entre o estado atual e aquele que se pretende atingir. Destacamos então que o PIS é direcionado a famílias de pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia perspetivando a psicoeducação unifamiliar.

O planeamento contemplou assim a estruturação de um programa de acompanhamento às famílias num total de treze sessões, onde procurámos colocar em evidência em cada uma das mesmas os temas a abordar, consoante a revisão da literatura. Os indicadores de avaliação propostos dão destaque à CIPE como ferramenta de sistematização e uniformização do registo em enfermagem na ótica da utilização do programa psicoeducativo. Salvaguardamos também a previsão de constrangimentos e forma de os ultrapassar através da análise SWOT. A previsão da metodologia e avaliação do projeto pretendem antecipar possíveis resultados esperados (com base na revisão da literatura), bem como formas (indicadores) de os analisar.

Assim, e salvaguardando que o sucesso da execução do PIS no serviço de reabilitação está dependente do modo como a equipa de enfermagem o assume também como seu, colocamos em destaque a importância da formação de pares para a implementação de fatores de mudança associados à investigação-ação. Neste seguimento é necessário considerar o contexto das políticas de saúde a nível nacional e as perspetivas de desenvolvimento profissional da enfermagem, bem como a responsabilidade do enfermeiro enquanto agente de saúde.

## 4. CONCLUSÃO

Os indicadores publicados pelo Programa Nacional para a Saúde Mental - Portugal, Saúde Mental em números – 2014, apontam para que as doenças mentais tenham um lugar de amplo destaque, principalmente pelo contributo dos anos vividos com incapacidade, que demonstram claramente o seu estatuto de doenças crónicas e a sobrecarga que lhes está associada. Os dados da prevalência das doenças mentais em Portugal justificam a necessidade de manter a Saúde Mental como prioridade absoluta do ponto de vista da melhoria contínua da prestação de cuidados e da prossecução da implementação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. Neste enquadramento, o presente Relatório de Projeto pretende ser um contributo para a área de intervenção especializada do EEESM, nomeadamente na temática da psicoeducação em famílias de pessoas com esquizofrenia.

Na elaboração do trabalho tivemos dificuldade em encontrar estudos realizados em Portugal com elevado nível de evidência científica no contexto da temática abordada, pelo que sugerimos que esta temática seja melhor estudada. A pertinência da psicoeducação unifamiliar em pessoas com esquizofrenia aliada ao perfil de competências especializadas do EEESM alavanca a necessidade de desenvolver esta tipologia de abordagem, considerando os ganhos em saúde que esta tipologia de intervenção poderá gerar (a revisão da literatura realizada aponta, de forma inequívoca, para os inúmeros benefícios para família e utente, benefícios diretamente relacionados com a psicoeducação).

Consideramos que na área da intervenção familiar em utentes com esquizofrenia, é necessário definir diagnósticos com focos concretos e aceites pela comunidade de enfermagem de onde emergam intervenções específicas (major e minor) que visem dar resposta a um diagnóstico (resolvendo-o ou reduzindo o seu impacto). Nesta perspetiva, no estudo que realiza Carvalho (2012) propõe o diagnóstico de Processo familiar comprometido, como sendo o de eleição na família do doente com esquizofrenia. O processo familiar pode definir-se como as "interações positivas ou negativas e os padrões de relacionamento entre os membros da família" (ICN, 2011: 70).

Para que seja mobilizado esse diagnóstico, é necessário estabelecer critérios prévios ao seu levantamento que passam pela avaliação da dinâmica familiar e das relações familiares, na perspetiva da família como sistema. O autor reconhece que este deveria ser um dos aspetos a

apostar pelos enfermeiros, uma vez que é assumida a sua importância no tratamento e na reabilitação do doente.

Poderá o campo da psicoeducação entrar nesta tipologia de diagnósticos? Parece-nos pertinente evocar que, sendo este um foco que traduz as interações e os padrões de relacionamento familiar, poderá comportar-se como uma das possibilidades de diagnóstico associada à psicoeducação, nomeadamente na TFC. Nesta perspetiva, para além da avaliação inicial prévia inerente ao levantamento do diagnóstico (com critérios/pré-requisitos para levantamento do mesmo) teria que existir uma intervenção de enfermagem muito concreta, por exemplo: “Executar (TFC) à família”; em que os conteúdos dos temas a abordar no PIS “Parceria em Família” serviriam de arquétipo para a construção da própria intervenção (do seu conteúdo de registo) possibilitando a uniformização do registo com as devidas implicações para a continuidade de cuidados e indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem. Esta intervenção para além de ter os conteúdos dos temas a abordar no PIS “Parceria em Família”, teria que ter um campo de escrita livre permitindo a articulação entre a linguagem natural e a linguagem classificada como preconizado pela OE (2007).

Pretendemos desta forma dar um contributo para a discussão destas questões.

Da análise e reflexão sobre o percurso realizado e evidenciado no Trabalho de Projeto, consideramos ter dado resposta ao veiculado no Decreto Lei nº 74/2006:

- a) “Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo os desenvolva e aprofunde e permitam e constituam a base desenvolvimentos e/ou aplicações originais, em muitos casos, em contexto de investigação.”
- b) “Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo.”
- c) “Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem.”
- d) “Ser capazes de comunicar as suas conclusões e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.”
- e) “Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.”



A realização do PIS salvaguardou as questões do diagnóstico de situação, do planeamento e a previsão da metodologia de avaliação do mesmo. Isto gerou expectativa enquanto formando de concretizar a fase de execução e discussão dos resultados em função da implementação de um projeto eminentemente de investigação/ação.

Da revisão de literatura realizada podemos igualmente constatar que a psicoeducação efetuada por enfermeiros é uma ferramenta essencial para melhorar o custo-benefício dos cuidados bem como melhorias na sobrecarga familiar e no suporte ao cuidador.

Em suma, este trabalho de mestrado que visa dar evidência ao desenvolvimento de competência conferentes do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, permitiu-nos desenvolver competências ao nível: da aquisição e consolidação de conhecimentos; comunicação com grupos; autoconhecimento e relacionamento interpessoal.

## BIBLIOGRAFIA

- ABREU, J. (1997) – *Introdução à psicopatologia compreensiva*. 2ª edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- ADAMEC, C. (1996).- *How to live with a mentally ill person: a handbook of day-to-day strategies*. New York: John Wiley & Sons
- AFONSO, P. (2002) - *Esquizofrenia – conhecer a doença*. 2ª edição. Lisboa: Climepsi Editores
- ALARCÃO, M. (2006) – *(des) Equilíbrios Familiares: uma visão sistémica*. 3ª edição. Coimbra: Quarteto
- AMARAL, L. (2002) – Um olhar sobre o processo de aconselhamento. *Psicoterapia Breve: Revista da Sociedade Portuguesa de Psicoterapias Breves*. II.
- AMARAL, A. (2010) – *Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental: mediante a CIPE*. Loures: Lusociência
- APA - American Psychiatric Association (2011). *DSM-IV-TR: manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. 2.ª reimpressão. Lisboa: Climepsi Editores.
- ASMAL, L.; KRITZINGER, J.; SWARTZ, L; MALL, S. (2011) – family therapy for schizophrenia in the South African context: challenges and pathways to implementation. *South African Journal of Psychology*. 41 (2). 140-146
- ASOCIACIÓN NACIONAL DE ENFERMERIA DE SALUD MENTAL (2006)– *Programa de Psicoeducación Breve a familiares de pacientes esquizofrénicos*. XXIII Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental. Madrid
- ATKINSON, J.; COIA, D.(1995) – *Families coping with schizophrenia*. Chichester. John Wiley & Sons

- BARKER, P. (2000) – *Fundamentos da Terapia Familiar*. Lisboa: Climepsi Editores
  
- BARKER P.; BUCHANAN-BARKER, P. (2008) The Tidal Commitments: extending the value base of mental health recovery. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*
  
- BATEMAN, A.; FOGANY, P. (2006) - *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder: a practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
  
- BECK, A., RECTOR, N. (2005) - Cognitive Approaches to Schizophrenia: Theory And Practice. *Annual. Revista. Clinica. Psychoogial*, (1), 577–606
  
- BENNER, P. (2001) - *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora
  
- BRITO, M. (2005) - Intervenções Psicoeducativas para Familiares de Pessoas com Esquizofrenia. *Revista Portuguesa de Enfermagem*. (5). 15-24
  
- BRITO, M. (2011) - *Grupos Psicoeducativos Multifamiliares – uma forma de aprender a viver com a esquizofrenia. Tese para a obtenção do doutoramento em Enfermagem, pela Universidade de Lisboa, com a participação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa*
  
- CAMINHA, R., WAINER, R., OLIVEIRA, M.; PICCOLOTO, N. (2003) - *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais – Teoria e Prática*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
  
- CARDOSO, C. (2002) - *Os Caminhos da Esquizofrenia*. Lisboa: Climepsi Editores
  
- CARTER, B.; MCGOLDRICK, M.(1995) - *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas
  
- CARVALHO, J. (2012) - *Esquizofrenia e família: repercussões nos filhos e conjuge. Tese de Candidatura ao Grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto*.

- CARVALHO, J. (2012a) - Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem Centradas no Processo Familiar da Pessoa com Esquizofrenia. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. (8)
- CHALIFOUR, J. (2008). *A Intervenção terapêutica. Estratégias de intervenção*. Vol1. Loures: Lusodidata
- CHIEN, W.; LEUNG, S, (2013) – A controlled trial of needs-based, nurse led psychoeducation programme for Chinese patients with first-onset mental disorders: 6 months follow up. *International Journal of Nursing Practice*. 19. 3-13
- COLLIÈRE, M. (1999) - *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel
- COORDENAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL (2008) – *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016: Resumo executivo*. Lisboa. Coordenação Nacional para a Saúde Mental
- Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007) – Relatório: Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007/2016. Ministério da Saúde
- DADICH, A. (2009) –Communicating evidence-based mental health care to service users. *Australian Journal of Psychology*. LXI. (4). 199-210
- DALERY, J.; D'AMATO, T.(2001) - *A Esquizofrenia- investigações actuais e perspectivas*. Lisboa: Climepsi Editores
- DECRETO-LEI nº74/2006. *Diário da República I Série*. 60. 2242-2257
- DÍAZ, J. (2001) - *Psicoeducación: Modelos para Esquizofrenia, Depresión, Trastornos por Déficit de Atención, Trastornos de Alimentación. Programa de Actualización Continua en Psiquiatría*. Neurociencias. PAC-3 APM .Libro 6

- DINIS, C.; RODRIGUES-FERREIRA, T.; CARVALHO, J. (2014) – Familiar cuidador dea pessoa com psicose: satisfação na prestação de cuidados in *Revista portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. Especial I. 59-64
  
- Escala e Avaliação da Satisfação dos Familiares em Serviços de Saúde Mental (SATIS – BR)
  
- ENGELS, F. (1984) – *A origem da família, da propriedade privada e do Estado*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira
  
- FALLOON ET AL (1984)- *Family care of schizophrenia : a problem solving approach to the tratment of mental illness*. New York: The Guilford Press
  
- FAWCETT, J. (1984) –The metaparadigm of Nursing: present status and future refinements. *Journal of Nursing Scholarship*. XVI. (3)
  
- FRANCISCO, A. Et al (1993) – *Modelo de Sistemas de Cuidados de Saúde de Betty Neuman*. V Curso de Administração de Serviços de Enfermagem – ESEMFR. Lisboa
  
- FREESE, B. (2004) - Betty Neuman, Modelo de Sistemas. in Alligood; A; Tomey, M. – *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de Enfermagem)*. 5ª edição. Loures: Lusociência. 335-375
  
- GAMEIRO, J. (2000) – *Os meus, os Teus e os Nossos: Novas formas de família* . 4ª edição . Lisboa: Terramar
  
- GARRIDO, A. (2005) - Supervisão clínica em enfermagem. *Revista de investigação em Enfermagem*, 12. 27-34.
  
- GARRIDO, A.; SIMÕES, J. (2007) - Supervisão de alunos em ensino clínico uma reflexão. *Nursing*. 218. 7-11.
  
- GIACON, B.; Galera, S. (2006) - Primeiros episódios da esquizofrenia e assistência de enfermagem. *Revista Escola Enfermagem*. 40. (2). 286-291

- GIDDENS, A. (2000)– *Sociologi* . 2ª edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
  
- GONÇALVES-PEREIRA, M; Xavier, M.; FADDEN; G. (2007) – O Modelo de Falloon para nintervenção familiar na esquizofrenia: Fundamentação e aspetos técnicos. *Análise Psicológica*. XXV. (2). 241-255
  
- GONZALES, R; CASARIN, S; CALIN, M; SASSALO, C; MONROE, A; VILA, T (2003) – Gerenciamento de caso: um novo enfoque no cuidado à saúde. *Revista Latino-americana Enfermagem*. XI (2) 227-231
  
- GONZALEZ -PINTO, A., GONZALEZ, C., ENJUTO, S., CORRES, B., LOPEZ P., PALOMO, J., et al. (2004) - Psychoeducation and cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder: na update. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109. (2). 83-90.
  
- HASAN, A.; CALLAGAN, P.; LYMN, J. (2014) – Evaluation of the impact of a psycho-educational intervention on knowledge levels and psychological outcomes for people diagnosed with schizophrenia and their caregivers in Jordan: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*
  
- HATFIELD, A. (1990) – *Family Education in Mental Illness*. New York: the Guilford Press
  
- HATFIELD, A.; LEFLEY, H. (1987) - *Families of the mentally ill*. New York: The Guilford Press
  
- HESBEEN, W. (2000) - *Cuidar no Hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva do cuidar*. Lisboa: Lusociência
  
- HONORÉ, Bernard (2002) - *Saúde em projeto*. Lusociência: edições técnicas e científicas.
  
- ICN – International Council of Nurses (2011) – *CIPE, versão 2 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. do original “ICNP version 2”. Ordem dos Enfermeiros.
  
- JONES, E. (1999) – *Teoria dos Sistemas Familiares*. Lisboa. Climepsi Editores

- JOSSO, M. (2002) – *Experiências de vida e formação*. Lisboa: Educa
  
- JOSSO, M. (2004) – *Experiências de vida e formação*. São Paulo. Cortez
  
- JOSSO, M. – As histórias de vida abrem novas potencialidades às pessoas. *Aprender ao longo da vida* nº2. Associação “O direito de aprender”. 16-23
  
- JOSO, M. (2006) – As figuras de ligação nos relatos de formação: ligações formadoras, deformadoras e transformadoras. *Educação e pesquisa*. São Paulo. XXXII. (2). 373-383
  
- KAPLAN , H.; SADOCK, B. (2007) – *Compêndio de Psiquiatria*. 9ª edição. Porto Alegre
  
- KAPLAN, H.; SADOCK, B.; GREBB, J (1997).- *Compêndio de Psiquiatria : Ciências do comportamento e Psiquiatria Clínica*. Porto Alegre: Artes médicas
  
- LEFLEY, H. (1996) - *Family caregiving in mental illness*. Thousand Oaks: Sage publications
  
- LINCOLN, T.; WILHELM, K.; NESTORIUC, Y. (2007) - Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*. 96. 232–245
  
- LOPES, A. (2007) – *Generalidades e singularidades da doença em família: percepção da qualidade de vida, stress e coping*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica Sistémica pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra
  
- LOPES, J. (2012) – *Ser cuidado por um enfermeiro gestor de caso: a experiência vivida da pessoa com problemas de adição*. Tese de Doutoramento em Enfermagem orientada pela Professora Maria Rebelo Botelho. Universidade de Lisboa, com a participação da ESEL
  
- LOPEZ, M. et al (2009) – Terapia cognitivo-conductual en las psicosis crónicas. *Actas Esp. Psiquiatria*. II. (37)

- LOVE, R..(2002) - Strategies for increasing treatment compliance: the role of long-acting antipsychotics. *American Journal Health-System Pharmacists*, 59, (8)
  
- LUKSTED, A.; MCFARLANE, W.; DOWNING, D.; DIXON, L.; ADAMS, C. (2012) – Recent developments in family psychoeducation as an evidence-based practice. *Journal of Mental Health and Family Therapy*. XXXVIII. (1). 101-121
  
- MARQUES, A. (2007) - *Modelo integrado de desenvolvimento pessoal: Um modelo de reabilitação psicossocial para pessoas com incapacidades psiquiátricas*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia da Saúde. Porto: F.P.C.E.U.P.
  
- MARSH, D. (1998).- *Serious mental illness and the family*. New York: John Wiley & Sons
  
- MARQUES-TEIXEIRA, J., PEREIRA, A., SILVA, A., MARIEIRO, A., HUMBERTO, J., GEURREIRO, M. (2006). Caracterização de doentes portugueses com esquizofrenia: resultados da avaliação do estudo observacional SOHO no início do estudo. *Saúde Mental*, VII (4), 13-21.
  
- MATOS, M.; BRAGANÇA, M.; SOUSA, R (2003) – *Esquizofrenia de A a Z*. Lisboa: CLIMEPSI editores
  
- MINUCHIN, S.(1979)- *Families en thérapie*. Paris : Editions Universitaires
  
- MORSELLI, P.; ELGIE, R.; et al. (2002) - GAMIAN-Europe/ BEAM survey: information on current and past treatment of bipolar disorder generated by a patient questionnaire. *Bipolar Disorders*, 4. (1). 131-135
  
- NETO, F.; YACUBIAN, J.(2001) – Psicoeducação Familiar. *Fam. Saúde Desenvolvimento*, Curitiba. III. (2)
  
- NEUMAN, B. (1995) –The Neuman Systems Model.3ª ed. EUA: Appleton&Lange
  
- OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (2014) – Relatório de Primavera 2014: Saúde, síndrome de negação



- OLIVEIRA, J. (2002) – *Psicologia da família*. Lisboa: Universidade Aberta
  
- OMS (2001) -*Relatório Mundial de Saúde 2001- Saúde Mental: Nova Compreensão, Nova Esperança*. Lisboa: Ministério da Saúde: Direção Geral da Saúde
  
- OMS (2005) – *Livro de recursos da OMS sobre saúde mental, direitos humanos e legislação: Cuidar, sim – Excluir, não*
  
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001) – *Conselho de enfermagem – padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros
  
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2002) - *A cada família o seu enfermeiro*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
  
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2004) – *Conselho de Enfermagem: Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Ordem dos Enfermeiros
  
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007) - *Sistema de Informação de Enfermagem (SIE) Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Ordem dos Enfermeiros
  
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2012) – *REPE e estatutos da Ordem dos Enfermeiros*. Edição Ordem dos Enfermeiros
  
- OZKAN, B.; ERDEM, E.; OZSOY, D.; ZARARSIZ, G. (2013) – Effect of psychoeducation and telepsychiatric follow up given to the caregiver of the schizophrenic patient on family burden, depression and expression of emotion. *Park J MedSci*. XXIX. (5). 1122-1127
  
- PATTERSON, L.; EISENBERG, S. (1988) – *O processo de aconselhamento*. São Paulo. Martins Fontes

- PEPLAU, H. (1992) - *Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica*. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas.
  
- PEREIRA, M. et al (2006) – *Intervenções Familiares na Esquizofrenia: Dos Aspectos Teóricos à Situação em Portugal*. Acta Med Port. 19.
  
- PHANEUF, M. (1995) – *Relação de ajuda; elemento de competência da enfermeira*. Coimbra. AEEEMC
  
- PHANEUF, M. (2001) – *Planificação de cuidados: um sistema integrado e personalizado*. Coimbra: Quarteto Editora
  
- PFAMMATTER, M; JUNGHAN, U., BRENNER, H. (2006) – Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: conclusion from meta-analyses. *Schizophrenia Bulletin*.. (32). 64-80
  
- PRATT, S.; ROSENBERG, S; MUESER, K.; BRANCATO, J.; SALYERS, M.; JANKOWSKY, M. & DESCAMPS, M. (2005) - Evaluation of a PTSD psychoeducational program for psychiatric inpatients. *Journal of Mental Health*. XIV. (2). 121 – 127
  
- Programa Nacional para a Saúde Mental (2014) - Portugal, Saúde Mental em números - 2014. Direção-Geral da Saúde. Lisboa
  
- REGULAMENTO Nº 129/2011 DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL. Diário da República, 2º série – nº 35 – 18 de Fevereiro de 2011;
  
- RIBEIRO, M.(1996)- *Reabilitação do jovem paciente esquizofrénico: atitudes e contributos dos cuidadores*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa
  
- ROGERS, C. (1980) - *Tornar-se pessoa*. 5ª edição. Lisboa: Moraes Editores

- ROGERS, C. (2009)– *Tomar-se Pessoa* Lisboa: Padrões Culturais editora
  
- RUIVO, M.; et al - Percursos (2010) – Publicação da área disciplinar Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal - Metodologia de Projecto: colectânea descritiva de etapas,
  
- RUMMEL-KLUGE, C.; PITSCHER-WALZ, G.; BAUML, J.; KISSLING, W. (2006). Psychoeducation in Schizophrenia—Results of a Survey of All Psychiatric Institutions in Germany, Austria, and Switzerland. *Schizophrenia Bulletin*, XXXII. (4). 765-775.
  
- SACARENO, C. (2003) - *Sociologia da Família*, Lisboa, Editora Estampa
  
- SADOCK, B.; SADOCK, V. (2008). *Manual Conciso de Psiquiatria Clínica*. 2.ª edição. Porto Alegre: Artmed.
  
- SAMPAIO, F., SEQUEIRA, C., LLUNCH-CANUT, T. (2014) - A intervenção psicoterapêutica em enfermagem de saúde mental: Conceitos e desafios. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. (Ed. Esp. 1). 103-108.
  
- SCAZUFCA, M. (2000) – *Abordagem familiar em esquizofrenia*, Rev Bras Psiquiatria. 22 (Supl I): 50-2
  
- SEGALEN, M. (1999) – *Sociologia da família*. Lisboa: Terramar – Editores
  
- SEQUEIRA, C. (2014) - Editorial: Padrões de qualidade em saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. Nº suplementar
  
- SEQUEIRA, C. (2006). *Introdução à prática clínica: Do diagnóstico à intervenção de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. Coimbra: Quarteto editora
  
- SEVILLANO, C. (2007) - Intervencion psicoterapeutica en la fase inicial de la esquizofrenia: diseño y desarrollo del programa PIPE

- SILVA, R. (2006) - Esquizofrenia: uma revisão. *Psicologia USP*. XVII. (4). 263-285
  
- SIMÕES, J.; FONSECA, M.; BELO, A. (2006) – A Relação de Ajuda: horizontes de existência. *Referência*. II série. (3)
  
- STANHOPE; LANCASTER (1999) - *Enfermagem comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. 4ª edição. Lisboa: Lusociência
  
- TANRIVERDI,D.; EKINCI, M. (2012) – The effect psychoeducation intervention has on the caregiving burden of caregivers for schizophrenic patients in Turkey. *International Journal of Nursing Practice*. 18. 281-288
  
- TEIXEIRA, José (2005) – *Problemas psicopatológicos contemporâneos: uma perspectiva existencial*.
  
- TEÓFILO, C. ET AL (2010) – Diagnóstico de Situação. *Percursos – Publicação da área disciplinar Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal - Metodologia de Projecto: colectânea descritiva de etapas*
  
- TERKELSEN, K. (1987) – The evolution of Family responses to mental illness through time, In HATFIELD, A.B.; LEFLEY, H.P.- *Families of the mentally ill*. New York: The Guilford Press,
  
- TOWNSEND, M. (2002) – *Enfermagem Psiquiátrica: conceitos de cuidados*. Editora Guanabara. Rio de Janeiro
  
- TOWNSEND, M: (2005) – *Essentials of psychiatric Mental Healht Nursing*. Philadelphia. Third Edition. Davis Company.
  
- TOWNSEND, M. (2011) – *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica – conceitos de cuidados na prática baseada na evidência*. Lusociência
  
- VAZ SERRA (2004) - (Re)aprender a organizar o dia-a-dia. *Jornal de Saúde Pública*, (1)

- VAZ SERRA (2005) –As múltiplas facetas do stress. *Stress e Bem-estar*. Lisboa: Climepsi Editores.
- WATKINS,T.; CALLCUT (1997). *Mental Health Policy and Practice Today*
- WHO World Health Organization (2006) – *Implementing health promotion in hospitals: manual and self-assessment forms*
- ZIPURSKY, R; SCHULZ. (2003). *As fases iniciais Esquizofrenia*. Lisboa: Climepsi.

## **Apêndice**

### **Artigo:**

**PSICOEDUCAÇÃO COMO INTERVENÇÃO PROMOTORA DA SAÚDE MENTAL EM FAMÍLIAS DE  
PESSOAS COM DOENÇA MENTAL GRAVE**

# **PSICOEDUCAÇÃO COMO INTERVENÇÃO PROMOTORA DA SAÚDE MENTAL EM FAMÍLIAS DE PESSOAS COM DOENÇA MENTAL GRAVE**

**Autores: Gomes, Rui<sup>1</sup>; Ramos, Lino<sup>2</sup>;  
Lopes, Joaquim<sup>3</sup>**

## **Resumo**

A doença mental apresenta uma prevalência crescente em todo o Mundo, configurando-se como uma entidade etiopatogénica conhecida pela sua tendencial evolução prolongada, complexidade e pelos seus altos índices de comorbilidade. Reconhece-se que é uma das principais causas de incapacidade e um dos principais fatores geradores de níveis baixos de qualidade de vida dos portadores e dos seus familiares. (OMS, 2001)

Em famílias de pessoas com esquizofrenia a psicoeducação é um processo de intervenção direta que visa ajudá-las na aquisição de capacidades de resolução de problemas pela aquisição de conhecimento e de estratégias para lidar com a pessoa, melhorando a sua qualidade de vida e a gestão da doença.

Pereira et al (2006) entendem por psicoeducação um conjunto de abordagens orientadas por dois vectores: ajudar os

doentes e os seus familiares a aprender o que precisam sobre a doença mental e a dominar novas formas de lidar com ela e com os problemas do quotidiano; reduzir o *stress* familiar e providenciar suporte social e encorajamento, permitindo um enfoque no futuro mais do que um remoer mórbido do passado.

Os cuidados de enfermagem especializada em saúde mental e psiquiatria integram a psicoeducação como estratégia para manter, melhorar e recuperar a saúde em pessoas com esquizofrenia e suas famílias.

**Palavras-chave: Esquizofrenia, Família, Psicoeducação, Enfermagem, Saúde Mental**

## **Abstract**

Mental Health has a growing prevalence all over the world, being envisaged as an etiopathogenic entity known by its trend for long term evolution, complexity and high indices of comorbidity. It is acknowledged that it is one of the main causes for disability and one of the main factors causing low levels of life quality to the person who carries the illness and to her/his familiars (OMS, 2001).

In the families of people with schizophrenia, psychoeducation is a process of direct intervention, which aims to help them acquiring the capabilities for solving problems and having the knowledge and the strategies

---

<sup>1</sup> Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria

<sup>2</sup> Mestre em Educação para a Saúde

<sup>3</sup> Doutor em Enfermagem

to deal with the person, in order to improve her/his life quality and to manage the illness. Pereira et al. (2006) define psychoeducation as a set of approaches oriented by two vectors: to help the patients and their families to learn what they need to know about the mental illness and to dominate new ways to deal with it and with the everyday problems; to reduce the stress of the family and to give social support and encouragement, allowing a focus in the future instead of morbidly mulling over the past.

The specialized nursing care in mental health and psychiatry integrates psychoeducation as a strategy to maintain, improve and recover the health of people with schizophrenia and their families.

**Key words: Schizophrenia, Family, Psychoeducation, Nursing, Mental Health**

## 1. INTRODUÇÃO

A perturbação mental afeta o indivíduo no seu todo, nas suas dimensões biológica, psicológica, espiritual e social, repercutindo-se na unidade familiar e nos padrões de interação estabelecidos (Moreira, 2001 cit. por Dinis, Rodrigues- Ferreira & Carvalho, 2014).

A esquizofrenia é uma doença mental que, dadas as suas características, e também por

se iniciar habitualmente em idades jovens, resulta em alterações importantes no funcionamento social das pessoas, comprometendo o seu normal processo de construção pessoal, formação profissional e autonomização (Brito, 2011).

Apesar das diferentes definições de família, esta pode ser compreendida como um sistema. Tal como qualquer outro sistema, é composta por objetos e respetivas relações, contém sub-sistemas e está contida noutros sistemas ou supra-sistemas que se interligam de uma forma hierarquicamente organizada, possuindo limites que a distinguem do meio em que se insere. O que define e delimita os sistemas e sub-sistemas são os papéis, funções e estatutos ocupados pelos elementos da família (Alarcão, 2002).

As teorias que analisam a família como um sistema proporcionam uma base para a compreensão do impacto da doença mental grave de um dos seus membros no funcionamento da mesma. Daqui se depreende que, quando um dos seus membros se encontra em situação de doença mental, a família vivencia um processo de adaptação, procurando desenvolver estratégias facilitadoras para a sua vida quotidiana. A evidência sustenta que, neste contexto, a psicoeducação é uma importante área de abordagem para dotar as famílias de informação sobre a doença e permitir que estas desenvolvam capacidades para lidar



com o impacto e a sobrecarga que a mesma acarreta para os seus membros.

Nas últimas décadas tem-se demonstrado a importância do envolvimento ativo da pessoa doente e dos seus familiares no processo de tratamento, através da implementação de intervenções psicoeducativas familiares, que se têm mostrado muito eficazes na prevenção das recaídas e dos reinternamentos, ao mesmo tempo contribuindo para melhorar a recuperação da pessoa com esquizofrenia, e para preservar a saúde física e mental dos seus familiares e a qualidade de vida dos mesmos (Falloon et al., 1987; Herz e Lamberti, 1995; McFarlane et al., 1995, 2003; APA, 2004; Gonçalves-Pereira et al., 2007 cit por Brito, 2011).

## **2. A ESQUIZOFRENIA**

Esta doença atinge cerca de 1% da população, encontrando-se se em todas as culturas, e distribuindo-se igualmente por todos os estratos sócio-económicos (Afonso, 2002). A sua incidência e prevalência são basicamente as mesmas em qualquer parte do mundo (Kaplan & Sadock, 2007). Manifesta-se geralmente durante o final da adolescência, mais precisamente entre o final da segunda década de vida e meados da quarta. (APA, 2011; Kaplan & Sadock; 2007).

É considerada a doença mental mais incapacitante (Marques-Teixeira, 2006). A pessoa com esquizofrenia pode apresentar alterações em diferentes componentes que interferem em áreas da vida tão importantes como a tomada de decisão (insight), o discernimento, a lógica, o planeamento, a capacidade de implementar as decisões e o pensamento abstrato.

Hoje em dia, existe a perspectiva centrada nos sintomas positivos e negativos (Afonso, 2002; Cardoso, 2002; Sadock & Sadock, 2008). Enquanto os sintomas positivos da esquizofrenia são, muitas vezes exuberantes e atraem a atenção, os sintomas negativos tendem a prejudicar a capacidade da pessoa de levar uma vida quotidiana normal, impedindo-a de manter relacionamentos familiares “normais”, uma correcta frequência na escola, de manter um emprego ou de formar amigos e relacionamentos mais íntimos (Carvalho 2012).

O modelo de vulnerabilidade ao stress (Zubin e Spring, 1977, cit. por Townsend, 2002) refere-se à explicação do aparecimento da doença psicótica, bem como das suas recaídas.

O grau de vulnerabilidade que o indivíduo sente em resposta aos elementos stressores do meio está relacionado com um conjunto de múltiplos fatores, como por exemplo o estado de saúde no momento, motivação, maturidade e estrutura psíquica, duração e

gravidade do fator stressante, recursos financeiros e educacionais, idade, estratégias adaptativas existentes e rede de suporte social (Townsend, 2002).

Neste modelo, a esquizofrenia é apresentada como uma doença de grande complexidade etiológica em que os fatores genéticos, psicológicos, sociais e familiares, no seu conjunto, geram o primeiro surto psicótico que afectará a maioria dos domínios da funcionalidade da pessoa.

### **3. A PSICOEDUCAÇÃO EM SAÚDE MENTAL**

Segundo Rummel-Kluge e colaboradores (2006) a intervenção psicoeducativa refere-se a informação sistemática, estruturada e didáctica relativa à doença e ao seu tratamento e tem em conta os aspectos emocionais individuais, permitindo estimular os indivíduos a lidar com a doença adequadamente. Esta intervenção permite que a pessoa e sua família sejam capazes de compreender as diferenças entre características pessoais e as características da doença, ajudando-os a lidar melhor com a sua problemática, pois passam a conhecer detalhadamente as consequências, os sintomas e os factores desencadeantes referentes à patologia (Caminha et al., 2003).

Na década de 70 do século passado, os programas psicoeducacionais abriram precedente nesta tipologia de intervenção. Salientou-se o programa aplicado por Ian Falloon e colaboradores, que desenvolveram uma intervenção em famílias de pessoas com diagnóstico de psicose esquizofrénica, a que chamaram “Terapia Familiar Comportamental” (TFC). Esta designação significa que a base de trabalho era a família em conjunto, propondo-se a inclusão nas sessões de todos os elementos disponíveis, nomeadamente da pessoa com doença psicótica.

As tentativas para se avaliar a eficácia da psicoeducação familiar têm sido testadas amplamente por vários grupos que estudam famílias de pessoas com esquizofrenia; existem evidências de que ocorra uma redução nos níveis de recaída de pessoas com esquizofrenia cujas famílias participam em intervenções psicoeducativas, quando comparados a pessoas que seguem apenas o tratamento em ambulatório, com terapêutica medicamentosa e sem a intervenção educacional familiar (Beardslee et al., 1997; Penn & Mueser, 1996; Macfarlane et al., 1996 cit por Neto & Yacubian, 2001).

Numa ampla revisão de estudos controlados sobre a eficácia de tratamentos psicossociais na esquizofrenia, realizada por Penn & Mueser (1996) (cit. por Neto & Yacubian, 2001), foi evidenciado que intervenção familiar de

orientação educacional reduz a vulnerabilidade a recaídas dentro de um a dois anos de seguimento, bem como uma redução dos níveis de sobrecarga familiar após intervenções familiares educacionais.

Os vários métodos psicoeducacionais que fornecem informação, suporte, treino de habilidades ou uma combinação destes, mostram-se efectivos em dar resposta às necessidades das famílias. Além disso, as famílias que recebem esse tipo de educação tornam-se capacitadas para exercerem algum controlo sobre as intervenções levadas a cabo pela equipa de saúde (Lopez et al, 2009).

Medidas de psicoeducação familiar mostram-se úteis para diminuir a Emoção Expressa e consequentemente as recaídas da doença. Estas medidas ensinam as pessoas com esquizofrenia e suas famílias a lidarem com a doença psiquiátrica de maneira a ter um entendimento pragmático da doença, dos sintomas, das estratégias de gestão de comportamentos e de onde e quando procurar auxílio.

Pereira et al (2006) defendem que as abordagens psicoeducativas direccionadas às famílias têm como objectivos:

- 1- Legitimar a doença - através de informação da doença, suas limitações e proporcionar expectativas realistas em relação à pessoa doente.

- 2- Reduzir as emoções negativas – muitas vezes as emoções negativas, tais como, a raiva, a culpa, depressão, ansiedade são inevitáveis e os familiares sentem-se sozinhos com suas experiências com a doença. A educação tem a finalidade de aliviar os familiares desses sentimentos.
- 3- Incentivar a cooperação da família no regime terapêutico – através de intervenções terapêuticas.
- 4- Melhorar as competências da família na monitorização da doença – através do conhecimento de sinais e sintomas de recaídas da doença assim como o conhecimento do tratamento farmacológico.

Outro dos conteúdos principais da psicoeducação diz respeito à melhoria na adesão ao tratamento, por norma muito deficitária nos pacientes psicóticos, mesmo quando eutímicos. A detecção precoce dos potenciais sintomas prodrómicos é outra questão importante inerente aos programas psicoeducativos. Os estudos têm demonstrado que os pacientes inscritos nos programas psicoeducativos aprendem a identificar facilmente sinais comuns de recaídas psicóticas, o que constitui o primeiro passo para a detecção precoce (Morselli & Elgie, 2002). Embora ainda não se possa

assegurar que cada conteúdo seja indispensável por si só para o sucesso da psicoeducação, como recurso terapêutico em pacientes com psicose, a literatura científica aponta para a relevância da combinação dos conteúdos programáticos que suportam o modelo psicoeducativo, demonstrando bons resultados profiláticos em pacientes psicóticos (Morselli & Elgie, 2002).

Encontramos eficácia nos programas de psicoeducação que incidem na intervenção de competências específicas, tais como, treino de competências sociais e (Pfammater et al., 2006) e prevenção de recaídas e readmissões (Lincoln, Wilhelm & Nestoriuc, 2007).

Da evidência existente relativamente à temática em causa, destaca-se:

Tanriverdi & Ekinici (2012) realizaram um estudo para determinar os efeitos da psicoeducação nos familiares/cuidadores da pessoa com Esquizofrenia ao nível da sobrecarga. O estudo foi realizado a 31 familiares/cuidadores entre 2007 e 2008. Utilizaram a escala de Zarit que determinou que a psicoeducação dada aos familiares/cuidadores tem um importante efeito na diminuição da sobrecarga familiar. Os autores consideram que programas psicoeducativos dirigidos às famílias devem ser adotados como estratégia terapêutica associada ao tratamento a pessoas com esquizofrenia.

Num outro estudo experimental randomizado-controlado (grupos de controlo experimental com pré e pós teste) realizado por Ozkan, Erdem, Ozsoy & Zararsiz (2013), estes procuraram determinar os efeitos da psicoeducação no internamento clínico e através de follow-up telefónico no cuidador principal da pessoa com esquizofrenia. Utilizaram escalas para avaliar Emoção Expressa, a depressão e a sobrecarga familiar, tanto no grupo experimental como no grupo de controlo antes e depois do programa educativo e seis meses depois via follow-up telefónico. Concluíram que o score da Emoção Expressa no grupo experimental teve um significativo decréscimo depois do programa educativo. Para além disso, a gestão da doença, a informação acerca do correto uso da terapêutica e alertas associados, poderão estar envolvidos nos níveis da Emoção Expressa dos cuidadores. O score da depressão dos cuidadores, que era elevado antes do programa, baixou significativamente no grupo experimental após o programa e o follow-up telefónico. O score da sobrecarga familiar do grupo experimental, que era alto antes do programa, reduziu após a psicoeducação e respetivo follow-up. Desta forma, concluíram consistentemente que as intervenções dirigidas ao cuidador diminuíram os níveis de Emoção Expressa, da depressão e da sobrecarga dos mesmos.

Numa revisão de literatura realizado por Asmal, Kritzinger, Swartz & Mall (2011), a respeito da abordagem à família de pessoas com esquizofrenia no contexto da África do Sul, realçaram que as intervenções familiares em sessões terapêuticas são efetivas na redução de sintomas. Encontraram vários estudos que abordam a adesão à terapêutica, a Emoção Expressa e a psicoeducação, evidenciando esta última quando combinada com farmacoterapia é a escolha mais eficaz de tratamento para a esquizofrenia, melhorando a funcionalidade familiar. Referem que numa meta-análise realizada por Mojtabai, Nicholson e Carpenter, se verifica uma melhoria de 65% quando combinada a psicoeducação com a farmacoterapia em detrimento da abordagem medicamentosa. Referem ainda inúmeros estudos realizados na Europa, Ásia e América desde a década de 80 que dão destaque à eficácia de diferentes intervenções familiares no âmbito da psicoeducação, baseadas na evidência.

Tornam-se evidentes os beneficcios associados à implementação de programas psicoeducativos em famílias de pessoas com esquizofrenia nas seguintes áreas: redução da sobrecarga familiar; prevenção de recaídas; redução de sintomas; aumento do insigth face à doença; nível de funcionamento psicosocial; desmistificação da doença;

diminuição do estigma; melhoria da qualidade de vida da pessoa e sua família.

#### 4. CONCLUSÃO

Brito (2011) considera que os objetivos das intervenções psicoeducativas familiares em geral têm muito em comum com o que são os focos de atenção da prática de Enfermagem, sobretudo no que respeita ao apoio às pessoas em situação de doença grave e crónica, como é o caso da esquizofrenia. Desta forma, os cuidados de enfermagem pretendem apoiar as pessoas e famílias no seu processo de adaptação à doença, tendo em vista a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das AVD. Neste processo, a atuação do enfermeiro pretende contribuir para que tanto a pessoa doente como a sua família, aprendam a lidar com os défices ou limitações decorrentes da doença, aumentando o repertório de recursos internos e externos disponíveis para lidar com as inerentes dificuldades (Blair, 1996; Giliss e Knafl, 1999; OE, 2003; Bradshaw et al., 2005 cit por Brito, 2011).

A sistematização de abordagens psicoeducativas no contexto da prestação de cuidados de enfermagem especializados em saúde mental, direcionados à família de

peessoas em situação de doença mental grave (esquizofrenia) permite reconhecer a necessidade de se elaborarem respostas estruturadas e que traduzam as intervenções dos enfermeiros nesta área tão específica e tão relavante para a população, na perspectiva de se poderem obter ganhos em saúde que possam ser mensuráveis e objectivos.

Os serviços de saúde mental necessitam disponibilizar aos familiares do doente com esquizofrenia um conjunto de informações sobre a doença e como lidar com ela.

O Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 evidencia que existe “*uma reduzida participação de utentes e familiares, uma limitada resposta às necessidades de grupos vulneráveis e uma quase total ausência de programas de promoção/prevenção.*”, apontando que os familiares de pessoas com perturbações mentais devem ser consideradas como parceiros importantes na prestação de cuidados de saúde mental, estimuladas a participar nesta prestação e a receber o treino e educação necessários.

Por outro lado, o Relatório Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007-2016 refere que “as intervenções de profissionais dirigidas às famílias, para que estas possam melhor conviver com a doença, para a sua formação

e treino e assim, complementarmente, adquirirem reforçada competência para o seu papel de parceiros, podem-se sintetizar-se nos tópicos da informação, educação, psicoeducação, consultoria e aconselhamento.

Nesta perspetiva e tendo em conta os benefícios enunciados no presente artigo, a psicoeducação é uma estratégia a ser desenvolvida pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental.

#### **BIBLIOGRAFIA**

- AFONSO, P. (2002) - *Esquizofrenia – conhecer a doença*. 2ª edição. Lisboa: Climepsi Editores
- ALARCÃO, M. (2006) – *(des) Equilíbrios Familiares: uma visão sistémica*. 3ª edição. Coimbra: Quarteto
- APA - American Psychiatric Association (2011). *DSM-IV-TR: manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. 2.ª reimpressão. Lisboa: Climepsi Editores.
- ASMAL, L.; KRITZINGER, J.; SWARTZ, L; MALL, S. (2011) – family therapy for schizophrenia in the South African context: challenges and pathways to implementation. *South African Journal of Psychology*. 41 (2). 140-146
- BRITO, M. (2011) - *Grupos Psicoeducativos Multifamiliares – uma forma de aprender a*

viver com a esquizofrenia. Tese para a obtenção do doutoramento em Enfermagem, pela Universidade de Lisboa, com a participação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

- CAMINHA, R., WAINER, R., OLIVEIRA, M.; PICCOLOTO, N. (2003) - *Psicoterapias Cognitivo- Comportamentais – Teoria e Prática*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- CARDOSO, C. (2002) - *Os Caminhos da Esquizofrenia*. Lisboa: Climepsi Editores

- CARVALHO, J. (2012) - *Esquizofrenia e família: repercussões nos filhos e conjuge*. Tese de Candidatura ao Grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

- Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007) – Relatório: Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007/2016. Ministério da Saúde

- COORDENAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL (2008) – *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016: Resumo executivo*. Lisboa. Coordenação Nacional para a Saúde Mental

- DINIS, C.; RODRIGUES-FERREIRA, T.; CARVALHO, J. (2014) – Familiar cuidador dea pessoa com psicose: satisfação na prestação de cuidados in *Revista portuguesa*

*de Enfermagem de Saúde Mental*. Especial I. 59-64

- HASAN, A.; CALLAGAN, P.; LYMN, J. (2014) – Evaluation of the impact of a psycho-educational intervention on knowledge levels and psychological outcomes for people diagnosed with schizophrenia and their caregivers in Jordan: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*

- KAPLAN , H.; SADOCK, B. (2007) – *Compêndio de Psiquiatria*. 9ª edição. Porto Alegre

- LINCOLN, T.; WILHELM, K.; NESTORIUC, Y. (2007) - Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*. 96. 232–245

- LOPEZ, M. et al (2009) – Terapia cognitivo-conductual en las psicosis crónicas. *Actas Esp. Psiquiatria*. II. (37)

- MARQUES-TEIXEIRA, J., PEREIRA, A., SILVA, A., MARIEIRO, A., HUMBERTO, J., GEURREIRO, M. (2006). Caracterização de doentes portugueses com esquizofrenia: resultados da avaliação do estudo observacional SOHO no início do estudo. *Saúde Mental*, VII (4), 13-21.

- MORSELLI, P.; ELGIE, R.; et al. (2002) - GAMIAN-Europe/ BEAM survey: information on current and past treatment of bipolar disorder generated by a patient questionnaire. *Bipolar Disorders*, 4. (1). 131-135

- NETO, F.; YACUBIAN, J.(2001) – Psicoeducação Familiar. *Fam. Saúde Desenvolvimento*, Curitiba. III. (2)
- OMS (2001) -*Relatório Mundial de Saúde 2001- Saúde Mental: Nova Compreensão, Nova Esperança*. Lisboa: Ministério da Saúde: Direção Geral da Saúde
- OZKAN, B.; ERDEM, E.; OZSOY, D.; ZARARSIZ, G. (2013) – Effect of psychoeducation and telepsychiatric follow up given to the caregiver of the schizophrenic patient on family burden, depression and expression of emotion. *Park J MedSci*. XXIX. (5). 1122-1127
- PEREIRA, M. et al (2006) – *Intervenções Familiares na Esquizofrenia: Dos Aspectos Teóricos à Situação em Portugal*. Acta Med Port. 19.
- PFAMMATTER, M; JUNGHAN, U., BRENNER, H. (2006) – Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: conclusion from meta-analyses. *Schizophrenia Bulletin*.. (32). 64-80
- RUMMEL-KLUGE, C.; PITSCHEL-WALZ, G.; BAUML, J.; KISSLING, W. (2006). Psychoeducation in Schizophrenia—Results of a Survey of All Psychiatric Institutions in Germany, Austria, and Switzerland. *Schizophrenia Bulletin*, XXXII. (4). 765-775.
- SADOCK, B.; SADOCK, V. (2008). *Manual Conciso de Psiquiatria Clínica*. 2.<sup>a</sup> edição. Porto Alegre: Artmed.
- SAMPAIO, F., SEQUEIRA, C., LLUNCH-CANUT, T. (2014) - A intervenção psicoterapêutica em enfermagem de saúde mental: Conceitos e desafios. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. (Ed. Esp. 1). 103-108.
- TANRIVERDI, D.; EKINCI, M. (2012) – The effect psychoeducation intervention has on the caregiving burden of caregivers for schizophrenic patients in Turkey. *International Journal of Nursing Practice*. 18. 281-288
- TOWNSEND, M. (2002) – *Enfermagem Psiquiátrica: conceitos de cuidados*. Editora Guanabara. Rio de Janeiro